Nr 15 9 kwietnia 1939 Rok XVIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr Tadeusz NOWAK. Asystent Kliniki. Kraków

Powikłanie ziarnicy złośliwej gruźlicą. Nieobecność ziarenek kwasoopornych w zmianach przemawia przeciw gruźliczej przyrodzie ziarnicy [1])

Z Kliniki Dziecięcej U. J. w Krakowie
Dyrektor: Prof. dr Ksawery Lewkowicz

Zagadnienie etiologii ziarnicy złośliwej jest sprawą do dzisiaj jeszcze zupełnie nierozwiązaną. W ostatnich latach coraz bardziej przeważa pogląd, że ziarnicę złośliwą należy uważać za chorobę zakaźną. Podobieństwo obrazu klinicznego ziarnicy złośliwej do obrazu chorób zakaźnych, następnie podobieństwo nacieków ziarniczych do innych wysiękowo-wytwórczych nacieków zapalnych (gruźliczych, kiłowych itd.), wykazanie wrót zakażenia, czyli pierwotnej ziarnicy, np. jamy ustnej, gardła, migdałków, jelit, płuc, narządów rodnych, skóry, oskrzeli, a wreszcie, jak to obecnie podniesiono, zwiększenie się ilości przypadków tej choroby, zdaje się przemawiać za tym poglądem. Dowodu ścisłego na jego poparcie nie zdołano jednakże dotychczas przeprowadzić; nie wykryto bowiem jeszcze zarazka, którego by można było niezbicie uważać za przyczynę omawianej sprawy. I tak maczugowcami stwierdzanymi w tkankach ziarniczych przez Grumbach'a, Negri'ego i Mieremet'a, Bunting'a, Yates'a, Ayrosa'ę-Pessa'ę i Correa'ę, Stewart'a, Opoczyńskiego, nie można było doświadczalnie wywołać schorzenia ziarniczego. Również oporny na ciepłotę, przesączalny zarazek Gordon'a nie jest przyczyną ziarnicy złośliwej. Gordon mianowicie wstrzykiwał do mózgu królików 10% zawiesinę gruczołów ziarniczych w ilości 0,4 cm³, a równocześnie 0,6 cm³ dożylnie. Po 2—6 dniach występował u królików obraz zapalenia mózgowia, a zwykle w 10 dni, niekiedy w granicach od 3 dni do miesiąca, królik padał. Objawy zapalenia mózgowia występowały tylko po wstrzykiwaniach zawiesiny gruczołów ziarniczych, nie występowały zaś, jak to podnosi Gordon, po wstrzykiwaniach zawiesiny gruczołów prawidłowych, białaczkowych, zrakowaciałych lub wykazujących utkanie mięsakowe. Z badań Friedemann'a i Elkeles'a okazało się jednakże, że objawy zapalenia mózgowia można wywołać, wstrzykując królikom domózgowo zawiesinę prawidłowego rdzenia, śledziony, leukocytów. Objaw Gordon'a, polegający na występowaniu objawów zapalenia mózgowia, jak to podnoszą liczni autorzy, można wyzyskać dla celów rozpoznawczych w przypadkach ziarnicy złośliwej o wątpliwym wyniku badania mikroskopowego. Jeżeli po wstrzyknięciu śródmózgowym i dożylnym zawiesiny wyciętego gruczołu, wywołamy obraz zapalenia mózgowia, to chociaż wynik badania mikroskopowego będzie ujemny, możemy z największym prawdopodobieństwem powiedzieć, że w badanym przypadku chodzi o ziarnicę złośliwą. Ostatnio Sachs i Steffel donoszą o swoich spostrzeżeniach, tyczących się wartości próby Gordona, jako metody, pozwalającej na pewno, mimo ujemnego wyniku badania mikroskopowego, rozpoznać ziarnicę złośliwą. Autorzy ci podnoszą, że próba Gordona może wypadać ujemnie, mimo istnienia procesu ziarniczego, a mianowicie wtedy, gdy do badania pobrano gruczoł ze zmianami późnymi lub też poprzednio naświetlany promieniami rentgenowskimi. Toteż zwracają oni uwagę na to, że wynik ujemny jednorazowo wykonanej próby Gordona nie wyklucza jeszcze możliwości ziarnicy złośliwej, niekiedy bowiem wykonanie tej próby przez użycie innego gruczołu z tego samego przypadku daje wynik dodatni. Nicolaeff i Zimbler uważają ziarnicę złośliwą za wynik przewlocznej posocznicy, wywołanej zwykłymi zarazkami ropotwórczymi, a Holler, Hirschfeld, Brandt, Schugt przyjmują, że przyczyną ziarnicy złośliwej mogą być rozmaite nieswoiste czynniki, między innymi różne zarazki oraz jady pochodzące z przemiany materii. Foulon twierdzi, że ziarnicę mogą wywoływać różne czynniki i dlatego też nie należy używać nazwy „ziarnica" tylko „ziarnice".

Obecność prątków Kocha oraz zmian gruźliczych w tkankach niektórych chorych na ziarnicę złośliwą nasunęła podejrzenie, że chodzi o gruźlicze tło tego schorzenia. Toteż liczni autorzy usiłowali wyjaśnić związek gruźlicy z ziarnicą. Badania ich jednak nie dały jednomyślnych wyników. Z autorów odrzucających gruźlicze tło ziarnicy, należy m. i. wymienić Terplan'a i Mittelbach'a, którzy biorąc pod uwagę obraz kliniczny schorzenia, zmiany histologiczne oraz patogenezę, odrzucają związek gruźlicy z ziarnicą. Babaiantz twierdzi, że ziarnica złośliwa i gruźlica występujące jednocześnie w tym samym przypadku, to dwie niezależne od siebie sprawy chorobowe. Uehlinger podnosi, że przeciw gruźliczej naturze ziarnicy przemawia brak zmian gruźliczych w wielu przypadkach ziarnicy, dalej różny obraz zmian histologicznych w obu schorzeniach, wreszcie wielka częstość zmian ziarniczych w śledzionie, a rzadkość zmian gruźliczych; gdyby przyczyną ziarnicy złośliwej była gruźlica, to niewątpliwie musiałaby ona częściej zajmować i śledzionę. Zdaniem autora, za różną etiologią obu tych spraw przemawia również rzadkość występowania zmian ziarniczych w nerkach, a natomiast o wiele większa częstość zmian gruźliczych. Sweany, Uddströmer, Foulon i Lesbre, opierając się na ujemnych wynikach tak hodowlanych, jak i szczepiennych, nie przyjmują dla ziarnicy złośliwej tła gruźliczego. Ciechanowski przyjmując zakaźne tło ziarnicy złośliwej, odrzuca jednakże etiologię gruźliczą i wszelkie badania w tym kierunku uważa za bezcelowe. Obecność prątków w niektórych przypadkach ziarnicy złośliwej autor ten tłumaczy niezwykłą częstością zakażenia gruźliczego, które z tego powodu nierzadko występuje jako powikłanie różnych spraw chorobowych. Opitz znów odrzuca tło gruźlicze ziarnicy złośliwej na podstawie braku w wielu przypadkach ziarnicy dodatniego oddziaływania na tuberkulinę. W jego 13 przypadkach, aż 11 było tuberkulino-ujemnych. Chodkowski zalicza gruźlicę w przypadkach omawianego schorzenia do spraw współistniejących, wikłających tylko ziarnicę. Zdaniem tego autora przeciwko związkowi przyczynowemu gruźlicy z ziarnicą przemawia to, że gruźlica jest schorzeniem bardzo częstym, a natomiast ziarnica jest sprawą stosunkowo rzadką; gdyby więc między tymi dwoma schorzeniami był jakiś ściślejszy związek przyczynowy, to i ziarnica musiałaby być częstszym następstwem gruźlicy. Badania histologiczne, zdaniem autora, również przemawiają przeciwko temu związkowi, utkanie bowiem ognisk ziarniczych i gruźliczych jest zupełnie odmienne pod względem morfologicznym, przy czym nigdy nie widzi się obrazów przejściowych. Ziarnica, zdaniem autora, uczynnia tylko znajdujące się w ustroju ognisko gruźlicze.

W sprzeczności ze zdaniem wymienionych autorów, spora ilość innych wypowiada się za związkiem przyczynowym gruźlicy z ziarnicą. I tak Sosin wykazał, że w 18 miesięcy po wszczepieniu królikowi miazgi ziarniczego gruczołu szyjnego, pojawił się guz, którego utkanie histologiczne okazało się ziarnicze. Prątków w preparatach z tkanki guza, ani też w hodowlach autor nie mógł wykazać. Wszczepienie jednak miazgi z guza świnkom morskim wywołało u jednej po pięciu, a u drugiej po siedmiu miesiącach śmierć. W tkankach padłych świnek autor wykazał zmiany pośrednie między ziarnicą a gruźlicą oraz obecność prątków. Autor podkreśla zjawisko stopniowania się zmian od ziarnicy do gruźlicy, co, jego zdaniem, przemawia za stopniową przemianą ziarnicy złośliwej w gruźlicę, a zatem upoważnia do przyjęcia gruźliczego tła ziarnicy, jeżeli nie we wszystkich przypadkach, to przynajmniej w ich większości. Wyniki ujemne szczepień w przypadkach ziarnicy złośliwej należy tłumaczyć tym, że obecnie jeszcze nie ma metody, która by pozwoliła na wykazanie przejściowych postaci zarazka. Płońskier i Feiginówna wyhodowali z tkanki ziarniczej obok *corynebacterium pseudodiphtheriae*, grzybka z grupy *streptotrix*, a zakażając nim szczury, wywoływali u nich ziarnicze zmiany

[1]) Wykład wygłoszony w dniu 16 listopada 1938 r. na posiedzeniu naukowym Krakowskiego T-wa Lekarskiego z demonstracją mikrofotogramów oraz preparatów histologicznych.

w gruczołach chłonnych. Zdaniem tych autorów, należy przyjąć związek przyczynowy gruźlicy z ziarnicą złośliwą, mianowicie na tej podstawie, że i w hodowlach gruźliczych występuje *streptotrix*, zaś stosunek pokrewieństwa ziarnicy do gruźlicy podobny jest do tego, jaki zachodzi pomiędzy prątkiem Kocha, a grzybkami promienicy i grupą maczugowców. Badania wymienionych autorów nie mogą oczywiście rozwiązywać sprawy ostatecznie; dotyczyły bowiem tylko 4 przypadków. Wymagają one przeto dalszych kontrolnych badań, a to tym bardziej, że dla świnek morskich, które przecież tak są wrażliwe na gruźlicę, grzybki te nie były chorobotwórcze. Lichtenstein przez wszczepienie tkanki ziarniczej, jak również wstrzykując prątki Kocha świnkom morskim, wywoływał u nich obrazy podobne do ziarnicy złośliwej. Fränkel i Much wykazali w ziarnicy złośliwej, niepowikłanej gruźlicą, oporne na działanie antyforminy, niekwasooporne, barwiące się metodą Grama, ziarniste laseczki i uważali je za zziarniałe postacie prątków. Autorzy ci, wszczepiając tkankę ziarniczą, rozpuszczoną w antyforminie do jamy brzusznej małpom, królikom, psom i świnkom morskim, wywoływali tylko u tych ostatnich zmiany gruźlicze, podobne do ziarniczych. Na podstawie swoich badań doszli oni do wniosku, że ziarnicę złośliwą należy uważać za rzadką postać gruźlicy, ale nie rzadszą, jak to podkreślają, aniżeli np. *lupus erythematosus*. Stahr przyjmował, że ziarnica złośliwa jest wywołana małą ilością lub mało zjadliwymi prątkami. Według niego, ziarnica złośliwa jest postacią gruźlicy z silną skłonnością do proliferacji tkanki. Również Vasiliu, Schretzenmayer, Rudsit skłaniają się do przyjęcia gruźliczego tła ziarnicy złośliwej. Sabrazès-Le Chuiton i Manzé wszczepiając śwince morskiej gruczoł ziarniczy otrzymywali zarazki kwasooporne. Niektórzy znów autorzy przypisują rolę czynnika wywołującego prątkowi ptasiemu. Takiego zdania jest L'Esperance, a Jubés w 11 przypadkach na 27 ziarnicy złośliwej, wyhodował prątki z krwi i to przeważnie typu ptasiego. Herz wszczepiając tkankę ziarniczą kurom wywoływał u nich gruźlicę ptasią.

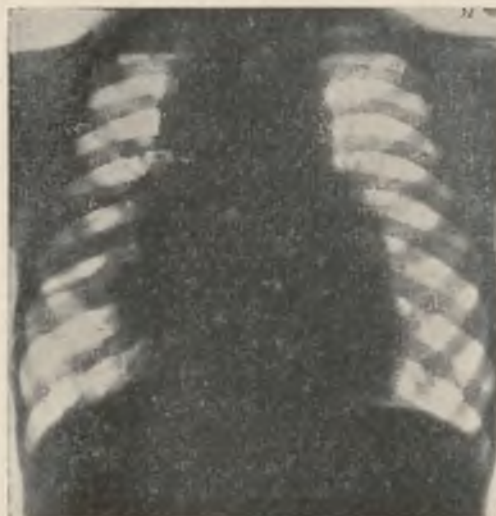
Inni znów autorzy, jak Faure-Beaulieu i Brun, dalej Laubry i Marchal, Martinolli przyjmują postać prątka przesączalnego. Introzzi przypuszcza, że w tkance ziarniczej muszą znachodzić się substancje takie, jakie znajdują się w tuberkulinie, gdyż wyciągi z tkanki ziarniczej, wstrzykiwane śródskórnie, wywołują obrazy podobne do tych, jakie powstają pod wpływem wstrzykniętej tuberkuliny. Rencki w dyskusji nad omawianym przez Czeżowską przypadkiem ziarnicy złośliwej podnosi, że nie można dzisiaj zaprzeczyć pewnej łączności ziarnicy złośliwej z prątkiem gruźliczym lub jego odmianami, a Nowicki w tej samej dyskusji podaje, że u 40% świnek, którym wszczepiał tkankę ziarniczą, wywoływał gruźlicę, przy czym u trzech świnek stwierdził zmiany podobne do ziarniczych. Arciszewski opisując przypadek ziarnicy złośliwej, w którym sekcyjnie stwierdzono gruźlicę prosówkową, odniósł, wobec braku objawów schorzenia gruźliczego za życia, ujemnych wywiadów w tym kierunku, wreszcie wobec niemożności wykazania pierwotnego ogniska, powstanie prosówki do zasadniczego schorzenia, tj. do ziarnicy, którą uważa za zmodyfikowaną postać gruźlicy, wywołaną przez pewną rozwojową postać prątków gruźliczych; prątki te pod wpływem nieznanych bliżej przyczyn, miałyby się przeistaczać i wywoływać prosówkę. Kuczyński i Haucka stwierdzili histologicznie w komórkach Sternberga drobnoustrój, należący do grupy *actynomycetales* i wyznaczyli mu miejsce między prątkiem gruźliczym a promienicą. Gąsiorowski pierwszy drogą hodowli tkanki ziarniczej wykazał drobnoustrój, który w pierwszych pokoleniach, tak morfologicznie, jak i zachowaniem się na pożywkach i wobec zwierząt doświadczalnych podobny był do grzybków promienicy, lecz w pokoleniach następnych rozpadał się na pojedyncze pałeczki gramododatnie, niekwasooporne. Autor wyraża przypuszczenie, że drobnoustrój ten może być pewną postacią rozwojową zarazka gruźliczego, a tym samym, że gruźlica może mieć przyczynowy związek z ziarnicą złośliwą. Zuppinger, Hess, Bloch podnoszą, że pojawianie się skrobiawicy w przebiegu ziarnicy należy tłumaczyć związkiem przyczynowym gruźlicy z ziarnicą, albowiem najczęściej skrobiawica pojawia się w gruźlicy. Jednakże liczni autorzy — z polskich Powązka — sprzeciwiają się takiemu pojmowaniu sprawy, albowiem zbyt liczne przyczyny, nie mające nic wspólnego z ziarnicą złośliwą, mogą wywoływać skrobiawicę. Sternberg, który pierwszy zapoczątkował badania w kierunku wykazania tła gruźliczego ziarnicy złośliwej podnosi, że, jakkolwiek tło gruźlicze ziarnicy złośliwej nie zostało ostatecznie udowodnione, to jednak ci, którzy je zupełnie odrzucają, mają mniejsze podstawy do tego, aniżeli ci, którzy je przyjmują, albowiem wiele okoliczności wskazuje na istnienie jakiegoś związku przyczynowego między gruźlicą a ziarnicą.

Wobec tak wielkiej rozbieżności zdań w tym zagadnieniu, przypadki, mogące rzucić na nie pewne światło, zasługują na szczegółowe omówienie. Tyczy się to jednego z przypadków, w którym napotkaliśmy na trudności rozpoznawcze z powodu zawiłego przebiegu klinicznego i niejasnego wyniku badań mikroskopowych za życia chorego.

Sz. Ch., lat 11, wyznania mojżeszowego, nr 174/34, zgłosił się do Kliniki w dniu 24. V. 1934 r. z powodu powiększenia gruczołów chłonnych szyjnych, które miało wystąpić już przed dwoma laty. W rok po powiększeniu się gruczołów pojawiły się u chorego ataki duszności, które wybitnie się wzmogły na dwa tygodnie przed przyjęciem chorego do Kliniki. Chory będący trzecim dzieckiem z rzędu, rozwijał się prawidłowo. W pierwszym roku życia chorował na zapalenie płuc, a w późniejszych latach miewał od czasu do czasu krótkotrwałe stany podgorączkowe. Na ogół chory czuł się zawsze dobrze. Rodzice i rodzeństwo zdrowi.

Stan obecny: wybitna duszność wdechowa, przytomność zachowana, budowa wątła, skóra blado-żółta z odcieniem sinym w okolicy ust. Gruczoły chłonne nadobojczykowe tworzyły po obu stronach pakiety, w których pojedyncze gruczoły wielkością dorównywały ziarnu fasoli. Pakiety te nie były zrośnięte ze skórą. Pozostałe gruczoły chłonne zewnętrzne drobne i nieliczne. Objawy gruczołowe: szmer oskrzelowy i przewodnictwo szeptu do VII kręgu piersiowego. Objaw Smitha obustronnie dodatni. Gałki oczne wytrzeszczone, spojówki blado-różowe, wilgotne. Z nosa wypływa skąpa śluzowa wydzielina, podbarwiona krwią. Klatka piersiowa wykazuje ślady przebytej krzywicy, a na skórze w górnej części klatki piersiowej widoczna sieć rozszerzonych naczyń żylnych. W płucach objawy rozlanego nieżytu oskrzeli. Serce nie powiększone, tony czyste, głuche, tętno miarowe, prawidłowo napięte, 124/min. Wątroba o powierzchni gładkiej, twarda, wyczuwalna w prawej linii sutkowej na wysokości pępka. Śledziona również twarda i o powierzchni gładkiej, dolnym biegunem sięga górnego, przedniego kolca biodrowego. Odruchów patologicznych i objawów oponowych brak. Badanie krwi: Hb — 101%, ciałek czerwonych 7,160.000, wskaźnik 0,7, ciałek białych 12.400. Ciałka czerwone wielkości i kształtów prawidłowych. Stosunek procentowy ciałek białych: wielojądrzastych obojętnochłonnych 51, kwasochłonnych 2, zasadochłonnych 0, pałeczkowych 4, monocytów 5, limfocytów 38%. Badanie moczu nie wykazało składników nieprawidłowych.

Odczyn dwuazowy ujemny. Odczyn Pirqueta żywo dodatni. Odczyn Wassermanna z krwi 0. Zdjęcie rentgenologiczne wykazuje obustronne, dużego stopnia powiększenie gruczołów chłonnych śródpiersiowych, zwłaszcza po stronie prawej, które w postaci wału dochodzą od wnęki do obojczyka. Od wnęki prawej rozchodzi się ku obwodowi wachlarzowaty, słabo wysycony cień. Widoczny jest również międzypłatowy zrost po stronie prawej (ryc. 1).



Ryc. 1

Na podstawie powyższych szczegółów, rozpoznanie wahało się między gruźlicą gruczołów wnękowych i szyjnych, a ziarnicą złośliwą. O rozpoznaniu rozstrzygnęło badanie mikroskopowe wycinków z gruczołu chłonnego szyjnego. W skrawkach, bar-

wionych hematoksyliną i eozyną stwierdziliśmy, że budowa gruczołu była całkowicie zatarta, a utkanie skrawków składało się z rozmaitych komórek (liczne kwasochłonne, liczne małe, okrągłe oraz wrzecionowate, nieliczne zaś plazmatyczne i wielojądrzaste obojętnochłonne). Komórek Sternberga nie można było wykazać. Tkanka łączna na ogół skąpa, rozrzucona była tu i ówdzie w postaci smug i nieregularnych drobnych ognisk. Na podstawie tej wielopostaciowości komórkowej, mimo nieobecności komórek Sternberga, rozpoznaliśmy w omawianym przypadku ziarnicę złośliwą.

Przebieg choroby. Ogólny stan chorego przez pierwszych kilkanaście dni był ciężki. Przede wszystkim zwracała uwagę wybitna duszność, zwłaszcza wdechowa, sinica oraz suchy i uporczywy kaszel. Chory najchętniej siedział, gdyż wtedy duszność i kaszel zmniejszały się. Ciepłota ciała *(in ano)* utrzymywała się przeważnie w granicach prawidłowych, a tylko od czasu do czasu wznosiła się nieco powyżej 38°, niekiedy znów utrzymywały się przez kilka dni stany podgorączkowe. Zastosowano naświetlania promieniami rentgenowskimi, pod wpływem których duszność stopniowo zmniejszała się tak, że wreszcie po kilkunastu dniach ustąpiła zupełnie, przy czym i ogólny stan chorego znacznie się poprawił. We krwi procent ciałek kwasochłonnych wzrósł do 16%. Gruczoły chłonne szyjne zmniejszyły się, śledziona również tak, że w dniu wypisania chorego, tj. dnia 31. VII. 1934 r. sięgała do pępka. Natomiast wątroba nieco się nawet powiększyła i sięgała 1 palec poniżej pępka. Zdjęcie rentgenowskie wykonane wtedy wykazało, że cień gruczołów śródpiersiowych znacznie się zwęził, a wachlarzowaty cień, rozchodzący się od obu wnęk ku obwodowi, prócz zwężenia uległ także znacznemu wyjaśnieniu (ryc. 2).



Ryc. 2

Po 2-miesięcznym leczeniu, które polegało na naświetlaniu promieniami rentgenowskimi (Oddział Rentgenologiczny Szpitala św. Łazarza w Krakowie, Dr M. Spritzer) oraz podawaniu arsenu w postaci *sol. arsenicalis Fowleri,* chory ogólnie znacznie się poprawił i przybrał na wadze 5 kg. Badania kontrolne ambulatoryjne, do których chory zgłaszał się co miesiąc w ciągu 9 miesięcy, nie wykazały pogorszenia. Choremu podawano w tym czasie „Efisan" Spiessa 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty przez okres 5 tygodni i po przerwie 5-tygodniowej znowu lek powtarzano. Dopiero po 9 miesiącach, tj. dnia 30. IV. 1935 r. przyjęto chorego powtórnie do Kliniki, od jakiegoś bowiem czasu pojawiła się u niego chrypka, stany podgorączkowe oraz osłabienie.

Badanie przedmiotowe wykazało skórę blado-żółtą, gruczoły chłonne szyjne po prawej stronie wielkości orzecha laskowego, zbite w pakiet wielkości pięści dziecka, po stronie zaś lewej wzdłuż mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego pojedyncze, dochodzące do wielkości ziarna grochu. Inne gruczoły chłonne zewnętrzne nieliczne i drobne. Objawy gruczołowe nad kręgosłupem: przewodnictwo szeptu i szmer oskrzelowy do IX kręgu piersiowego, przy czym szmer oskrzelowy było słychać na szerszej przestrzeni po obu stronach kręgosłupa. Poza szmerem chuchającym pod obojczykiem prawym i w pasze prawej, wszędzie nad płucami były szmery oddechowe pęcherzykowe bez szmerów dodatkowych. Uderzenie koniuszkowe serca rozlane, widoczne w IV i V międzyżebrzu, a wyczuwalne nieco na zewnątrz lewej linii sutkowej. Granice serca: górna III żebro, prawa w prawej linii mostkowej, lewa nieco na zewnątrz lewej linii sutkowej. Tony serca czyste, nieco głuche, czynność miarowa. Tętno 98, miarowe, średnio napięte i wypełniające się. Wątroba 4 palce poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, twarda o powierzchni gładkiej. Śledziona do talerza biodrowego, twarda, o powierzchni gładkiej. Badanie krwi: Hb 75%, ciałek czerwonych 3,940.000, wskaźnik 0.95, ciałek białych 4.200, w czym 64 wielojądrzastych obojętnochłonnych, 1 kwasochłonnych, 6 pałeczkowych, 10 młodych, 2 monocytów i 17% limfocytów. Ciałka czerwone prawidłowych kształtów i wielkości, nieco tylko blado zabarwione. Badanie moczu, poza śladem białka i nieco wzmożonym urobilinogenem, zmian nie wykazało. *Odczyn dwuazowy ujemny.* Odczyn Pirqueta żywo dodatni. Zdjęcie rentgenowskie: w okolicy obu wnęk szeroki cień znacznie wysycony, sięgający do obojczyków; ku obwodowi płuca cień ten przechodzi w niejednolity cień smugowato-plamisty. Po stronie lewej cień smugowaty nieco słabiej zaznaczony (ryc. 3).



Ryc. 3

W czasie 56-dniowego pobytu w Klinice ciepłota ciała chorego utrzymywała się stale w granicach stanów podgorączkowych z podskokami od czasu do czasu do 39°. Ogólny stan chorego był lepszy, niż w czasie jego pierwszego pobytu w Klinice.

Dla uzupełnienia badań wykonano tym razem wycięcia dwóch gruczołów chłonnych szyjnych. W skrawkach jednego gruczołu badanie histologiczne wykazało całkowicie zniszczoną budowę gruczołu; tkanka łączna uboga w komórki zajmowała znaczną część skrawków w postaci rozlanych ognisk. Utkanie komórkowe skrawków złożone było z komórek wrzecionowatych mniej lub więcej wydłużonych, dalej z komórek małych, okrągłych, barwiących się hematoksyliną ciemno-niebiesko, oraz z komórek okrągłych nieco większych, barwiących się hematoksyliną blado. Nie stwierdzono obecności komórek Sternberga, komórek kwasochłonnych, plazmatycznych, ani wreszcie komórek olbrzymich. Natomiast uderzająco duża była ilość nieregularnych bryłek i drobniutkich ziarenek. Tworzyły one przeważnie większe lub mniejsze skupienia, a tylko nieliczne były tu i ówdzie porozrzucane. Wszystkie one znajdowały się pozakomórkowo, a zabarwienie ich przedstawiało się rozmaicie. W preparatach barwionych hematoksyliną i eozyną były one zabarwione rdzawo-brunatno. Metodą Ziehl-Neelsena barwiły się czerwonawo-brunatno, niekiedy z odcieniem pomarańczowym. Barwienie sposobem Perlsa nie wykazało błękitu pruskiego (nie należy przeto ziarenek uważać za hemosyderynę). Tioniną ziarnistości te barwiły się brudno-zielono; wreszcie widoczne były one również i w preparatach niebarwionych, jako twory brudnobrunatne. Naturę tych ziarnistości trudno jest określić. Jedno należy tylko wykluczyć, a mianowicie to, że nie były one substancją kwasooporną prątkopochodną. Zabarwienie ich bowiem było różne od substancji kwasoopornej prątkopochodnej, która, jak to wykazały badania Lewkowicza, barwi się metodą Z.-N. rubinowo-czerwono. Kształt również przemawia przeciw uznaniu ich za prątkopochodne, nie były one bowiem tak regularne, jak substancje prątkopochodne, które mają kształt kulek, obrączek, tarczek, pierścieni, lub delikatnych pyłków, rozpływających się niekiedy w protoplazmie komórkowej, barwiącej się wówczas jednostajnie różowawo (Lewkowicz). Wreszcie przede wszystkim pozakomórkowe umiejscowienie się ziarenek w naszym przypadku przemawia przeciw prątkowemu ich pochodzeniu, gdyż, jak wykazały badania Lewkowicza, prawdziwe prątkopochodne substancje znajdują się zawsze wewnątrz komórek (histiocytów lub leukocytów).

Badanie skrawków drugiego gruczołu wykazało w pewnej ich ilości rozlany rozplem tkanki łącznej, zajmującej jednolicie środkową część skrawków, a na obwodzie tworzącej grube be-

leczki. Utkanie komórkowe było podobne do utkania pierwszego gruczołu. W pewnej ilości skrawków, pochodzących z innych części tego samego gruczołu, tkanka łączna była mniej obficie rozwinięta, a przeważało natomiast utkanie komórkowe, złożone z dużej ilości komórek drobnych okrągłych, z mniejszej ilości komórek wydłużonych wrzecionowatych, wśród których widać było również komórki krótkie, owalne, dość grube i blado się barwiące. Wśród utkania komórkowego było widać nieliczne ogniska martwicowe, obrzeżone znacznie wydłużonymi, smukłymi komórkami, ułożonymi promienisto w stosunku do tych ognisk. W niektórych z nich znachodziły się komórki olbrzymie, typu Langhansowskiego. W skrawkach barwionych metodą Z.-N. udało się wykazać w jednej olbrzymiej komórce i w jednym ognisku martwicowym kilka zupełnie typowych prątków Kocha. Uderzającym był fakt, że na kilkadziesiąt skrawków udało się stwierdzić tylko kilkanaście prątków. Substancji kwasoopornej także w skrawkach tego gruczołu nie stwierdziłem.

Powyższe badanie dowodzi niezbicie, jak łatwo można było przeoczyć toczący się w ustroju proces gruźliczy, gdyby badano tylko jeden gruczoł, w którym przecież żadnych histologicznych cech gruźlicy nie stwierdzono. Tak więc na podstawie tego drugiego badania gruczołów chłonnych szyjnych, które nie wykazało w nich żadnych histologicznych cech ziarnicy złośliwej, lecz tylko obecność cech gruźlicy, skłoniliśmy się do rozpoznania w omawianym przypadku gruźlicy gruczołów chłonnych szyjnych i wnękowych oraz śledziony. Biorąc jednakże pod uwagę, na podstawie badania pierwszego, możliwość jednoczesnego procesu ziarniczego, chorego poddaliśmy rentgeno- i arsenoterapii, po czym skierowaliśmy go do leczenia klimatycznego.

Po 4 miesiącach przyjęto chorego po raz trzeci w dniu 25. X. 1935 r. Przez kilkanaście tygodni przebywał on w miejscowości podgórskiej. Jednakże samopoczucie jego było złe, stale był osłabiony, dużo leżał, gdyż chodzenie wybitnie go męczyło. W sierpniu wystąpił suchy i uporczywy kaszel. Na dwa tygodnie przed przyjęciem pojawiły się obrzęki nóg, które zmniejszały się rano, a zwiększały wieczorem. Ciepłota przez cały czas dochodziła do 38°. Badanie przedmiotowe: wybitna bladość skóry z odcieniem żółtawym, odżywienie podupadłe. Przy ułożeniu chorego na plecach pojawiał się suchy uporczywy kaszel. Gruczoły chłonne szyjne, nadobojczykowe, pachowe i pachwinowe wielkości ziarna grochu, a w pasze lewej tworzyły mały pakiet, w którym jeden z gruczołów był wielkości małej fasoli. Objawy gruczołowe do 11 kręgu piersiowego. Płuca: po stronie prawej z tyłu od dolnego kąta łopatki w dół przytłumienie, poza tym wszędzie odgłos jawny. Osłuchowo po stronie prawej szmery oddechowe były zbliżone do oskrzelowych, przy czym poniżej kąta łopatki były one również osłabione. Nad całymi płucami nieliczne furczenia. Serce: uderzenie koniuszkowe rozlane, widoczne w 4 i 5 międzyżebrzu na zewnątrz lewej linii sutkowej; granice serca: lewa nieco na zewnątrz lewej linii sutkowej, prawa w prawej linii mostkowej, górna 3 żebro. Tony serca prawidłowo głośne, pierwszy ton nad końcem nieczysty. Tętno średnio napięte, miarowe. Brzuch powiększony, wątroba twarda, o powierzchni gładkiej, wyczuwalna na 3 palce poniżej pępka, śledziona również twarda, o powierzchni gładkiej, sięgała prawie do spojenia łonowego.

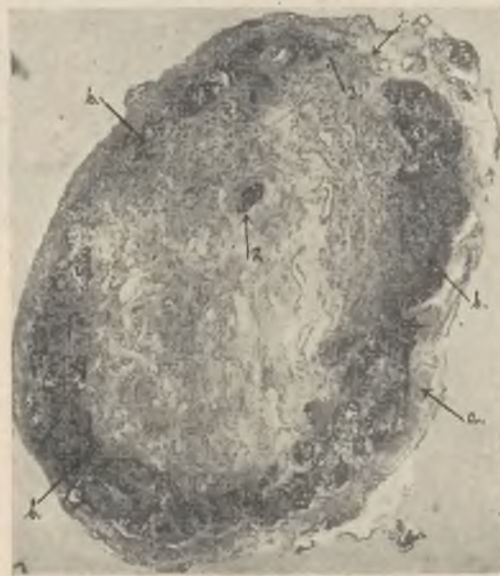
Zdjęcie rentgenowskie (ryc. 4): całą dolną połowę prawego pola płucnego zajmuje rozległe zacienienie, wśród którego wyodrębniają się gdzieniegdzie cienie plamisto-guzkowe, przeważnie jednak zlewające się. Zacienienie to łączy się bezpośrednio ze znacznie rozszerzonym cieniem wnęki. Ponadto w prawej jamie opłucnej znajduje się płyn, odsuwający płuco od ściany klatki piersiowej, co na rentgenogramie zaznacza się ciemną smugą linijną, wskazaną strzałkami. Po stronie lewej zmiany są podobne, tylko znacznie słabiej wyrażone.

Badanie krwi: Hb 52%, ciałek czerwonych 1.460.000, wskaźnik 1,8, ciałek białych 2.200. Stosunek procentowy ciałek białych: obojętnochłonnych wielojądrzastych 70, pałeczkowych 3, młodych 7, kwasochłonnych 1, limfocytów 14, monocytów 5%. Ciałka czerwone blado zabarwione, kształtów i wielkości prawidłowych. Ciałek czerwonych jądrzastych nie stwierdzono. W moczu: śladzik białka, urobilinogen nieznacznie wzmożony, odczyn diazo słabo dodatni. W osadzie moczu składników chorobowych nie stwierdzono. Po raz trzeci wykonane odczyny tuberkulinowe wypadły *wszystkie ujemnie*. W plwocinie badanej kilkakrotnie prątków Kocha nie stwierdzono. Dnia 7. XI. wycięto dwa gruczoły chłonne z pachy lewej, a badanie histologiczne wykazało budowę gruczołu zupełnie zatartą. Tylko na obwodzie skrawków utkanie gruczołu w postaci dość wąskiego pasma, wykazywało budowę zbliżoną do utkania gruczołu chłonnego z częściowo, tu i ówdzie, zachowanymi grudkami korowymi i zatokami. Cała natomiast pozostała część wykazywała budowę rozlanie łącznotkankową z różnymi przekrojami bardzo licznych naczyniek krwionośnych, przede wszystkim tętniczek. Torebka gruczołu znacznie zgrubiała. Tkanka łączna bogata była w komórki owalne, zaś komórki małe, okrągłe, znajdowały się w ilości skąpej. W badanych skrawkach nie stwierdzono, ani wielopostaciowości komórkowej, ani też żadnych histologicznych cech gruźlicy.



Ryc. 4

Drobnowidowe badanie drugiego gruczołu wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J., nr badania 1565/35. Wynik jego podaję w całości: „Cech ziarnicy nie znaleziono. Budowa gruczołu w zasadzie utrzymana z tym wyjątkiem, że nie widać grudek limfatycznych. Zatoki bardzo szerokie, wypełnione komórkami tworzącymi siateczkę, blado się barwiącymi, co by odpowiadało jak by „*reticulosis*" (siatkowicy)" (ryc. 5).



Ryc. 5

Gruczoł chłonny. Powiększenie 1:10. Całą środkową część skrawka zajmuje tkanka łączna z przekrojami licznych naczyń krwionośnych. W miejscu zaznaczonym strzałką 1. tkanka ta łączy się ze zgrubiałą torebką gruczołu (a). Utkanie gruczołowe widoczne jest tylko na obwodzie skrawka(b). Strzałka 2. wskazuje pojedynczą grudkę chłonną, obrzeżoną szeroką zatoką, zaś strzałka 3. samą zatokę, która jest nadmiernie szeroka i barwi się jasno

Siatkowica pod względem klinicznym objawia się pod obrazem posocznicy. Gruczoły chłonne, śledziona i wątroba ulegają powiększeniu. Z innych objawów należy wymienić gorączkę różnego typu, przypadłości żołądkowo-jelitowe, potęgujące się osłabienie, objawy skazy krwotocznej itp. We krwi stwierdza się wzmożenie ilości ciałek białych, przy czym jedni autorzy widywali limfocytozę, a inni monocytozę. Istotą siatkowicy jest rozrost i przerost układu siateczkowo-śródbłonkowego, w skład

którego wchodzą komórki siateczki, śródbłonki oraz histiocyty. W powstawaniu tego schorzenia, jak to liczni autorzy podnoszą, dużą rolę odgrywają nieswoiste zarazki. Opisanych w światowym piśmiennictwie 11 przypadków siatkowicy u dzieci zebrał i krótko omówił Sternberg. Należy podkreślić, że chodziło tu o niemowlęta i dzieci małe. We wszystkich przypadkach doszło do zejścia śmiertelnego.

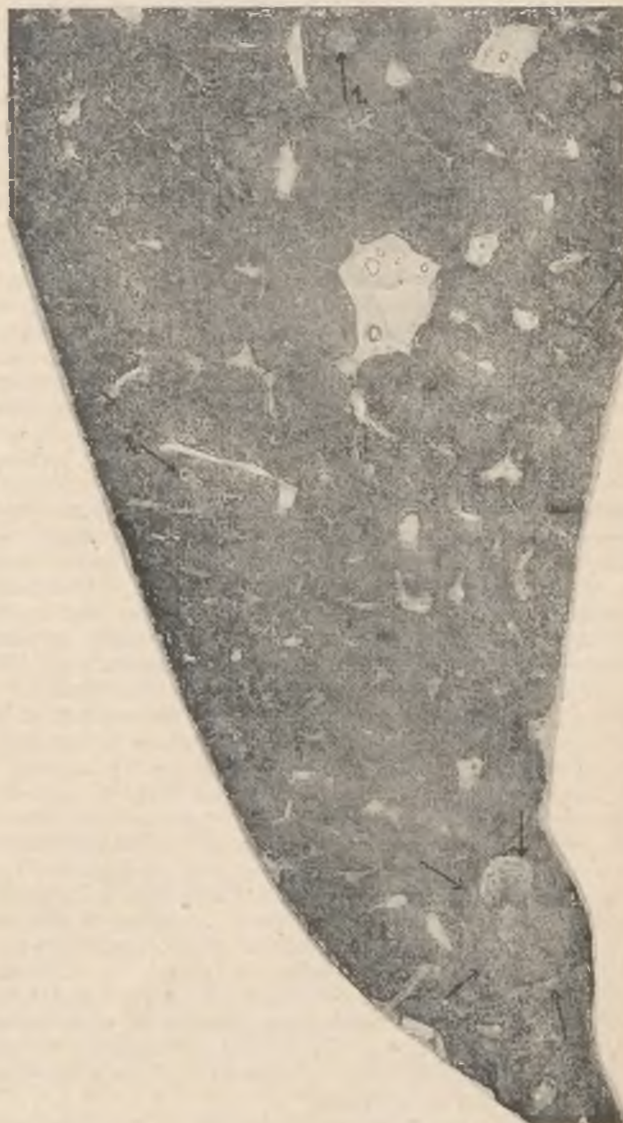
Zastanawiając się pokrótce nad wynikiem poszczególnych badań różnych i z różnych okresów choroby pobranych gruczołów chłonnych musimy powiedzieć, że wynik tego badania był tak różnorodny, a przy tym, jeśli chodzi o ziarnicę, tak nietypowy (brak komórek Sternberga), iż na jego podstawie nie można było opierać stanowczego rozpoznania za życia.

Przez cały czas ostatniego pobytu w Klinice chory nie miał łaknienia, skarżył się na bezustanną duszność, która zmuszała go do przybierania postawy siedzącej. Nie ustępował również suchy, uporczywy kaszel. Ciepłota dochodziła codziennie do 39° z wahaniami dziennymi przeszło 1 stopnia. Ze względu na ciężki stan chorego nie poddaliśmy go leczeniu promieniami Roentgena, lecz stosowaliśmy u niego tylko środki nasercowe oraz syrop Famela. Na kilka dni przed zejściem, nad obu płucami, zwłaszcza w dole, stwierdzono wyraźne objawy nacieku, a nad końcem serca szmer skurczowy.

W dniu 22. XI. 1935 r. nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykonane w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. (obducent dr Marian Pieczarkowski). Z protokołu sekcyjnego przytoczę tylko ważniejsze szczegóły. *Gruczoły chłonne* zewnętrzne szyjne, podobojczykowe prawe i w okolicy podszczękowej po obu stronach tworzyły pakiety, w których poszczególne gruczoły dochodziły do wielkości małego włoskiego orzecha. W śródpiersiu tylnym i przednim były liczne pakiety gruczołów, z których niektóre były wielkości jaja kurzego. Znacznie powiększone gruczoły pozaotrzewnowe w okolicy nerek tworzyły dwa guzy wielkości pięści dorosłego człowieka. Gruczoły krezkowe były wielkości ziarna fasoli. Wszystkie gruczoły odznaczały się znaczną zbitością, niekiedy wprost chrząstkowatą; przekrój gruczołów był białawo-szary. *Płuca:* w obu jamach opłucnowych obecny opalizujący płyn oraz liczne zbite zrosty; opłucna zgrubiała, nierówna. Płuca ciężkie, na przekrojach w obu dolnych płatach miąższ zbity, szarawy z ogniskami biało-szarawymi, dochodzącymi do wielkości ziarna małego grochu. Za uciskiem dobywała się z miąższu ciecz mętna, szarawa, bezpowietrzna. W płatach górnych obu płuc były liczne ogniska ciemno-czerwonawe, o powierzchni ziarnistej, kruche, za uciskiem wydobywała się z nich ciecz mętna, mniej pienista. Ogniska te ułożone były dookoła oskrzeli, w świetle których była treść śluzowo-ropna. Śluzówka oskrzeli przekrwiona i rozpulchniona. W worku osierdziowym kilkadziesiąt cm^3 przejrzystego płynu, nasierdzie bez zmian. Wymiary serca 11×8×5 cm, mięsień sercowy wiotki, na przekrojach blado-czerwonawy, o połysku przyćmionym. Beleczki mięsne i mięśnie brodawkowe przypłaszczone. Ujścia, tak tętnicze, jak i żylne, prawidłowe. Wsierdzie cienkie, gładkie, lśniące. Nitki ścięgniste prawidłowe. W jamie brzusznej nieznaczna ilość płynu wodo-jasnego. *Wątroba:* wymiary 22×19×7 cm, waga 1550 gramów. Torebka wątroby była cienka, a ponad powierzchnię wystawały nieliczne guzki białawe, dochodzące do wielkości ziarenka prosa. Rysunek wątroby na przekrojach zachowany, miąższ blady, o połysku przyćmionym. *Śledziona:* wymiary 20×12×8 cm, waga 1200 gramów; torebka napięta. Powierzchnia śledziony wykazywała w jednym miejscu gwiazdkowato rozchodzące się zgrubienia, barwy białawej, na przestrzeni odpowiadającej wielkością dłoni dziecka. Miąższ śledziony na przekrojach zbity, kruchy, ciemno-wiśniowy z białawymi ogniskami dochodzącymi do wielkości bobu, w całości obraz przekroju śledziony przypominał typowy wygląd chłopskiej kiełbasy. *Nerki:* nieco przekrwione, rysunek zachowany. Przez torebkę prawą przeświecał guzek białawy, wielkości ziarna prosa. Miedniczki i moczowody bez zmian.

W streszczeniu rozpoznanie anatomiczne makroskopowe brzmiało: *Lymphogranulomatosis et tuberculosis. Infiltratio tuberculosa lobi inferioris pulmonis utriusque. Bronchopneumonia dispersa crouposa lobi sup. pulmonis utr. Concretiones pleurales ambilaterales compactae. Hypertrophia lymphoglandularum supra et intraclavicularium, mediastinalium, retroperitonealium et mesaraicarum. Tumor lienis lymphogranulomatosus. Noduli tbc. hepatis et nodulus renis dextri. Hypertrophia et dilatatio cordis totius. Myodegeneratio cordis ss. hydrope universali.*

Badanie histologiczne: w skrawkach z gruczołów chłonnych obwodowych, jako też wewnętrznych, stwierdziłem obrazy różnych okresów ziarnicy złośliwej z przewagą jednakże zmian okresu III-rzędnego. Należy podnieść, że ilość komórek Sternberga w badanych gruczołach była niezmiernie skąpa. Utkania gruźliczego, prątków Kocha, ani substancji kwasoopornych w żadnym ze skrawków nie stwierdziłem. *Wątroba:* budowa na ogół utrzymana. Tu i ówdzie wśród miąższu wątrobowego obecne małe ogniska typowej tkanki ziarniczej oraz ogniska martwicowe z pojedynczymi komórkami typu Langhansowskiego. Te dwa rodzaje ognisk nigdzie jednakże w siebie nie przechodzą, zachowując całkowitą odrębność budowy i ścisłe rozgraniczenie (ryc. 6).



Ryc. 6
Wątroba. Powiększenie 1:10. Strzałka 1. wskazuje małe ognisko ziarnicze, strzałka 2. gruzełek z trzema olbrzymimi komórkami. Strzałki ułożone promienisto wskazują duże ziarnicze ognisko, wypuklające na prawo torebkę wątroby w postaci płaskiego guzka

Tkanka łączna międzyzrazikowa rozwinięta obficie, złożona w przewadze z małych okrągłych komórek oraz z nielicznych owalnych, jasno się barwiących. Wśród tych komórek widać pojedyncze obojętnochłonne leukocyty. W jednym ze skrawków (ryc. 6, strzałka 2) stwierdziłem obecność gruzełka z trzema olbrzymimi komórkami Langhansowskimi, a w jednej z tych komórek dwa dobrze utrzymane prątki. Guzki na powierzchni wątroby (ryc. 6, miejsce wskazane czterema strzałkami), określone makroskopowo jako gruzełki, zbudowane były z komórek wrzecionowatych, dalej z komórek okrągłych, drobnych, ciemno się barwiących oraz z komórek większych od poprzednich, balonowatych i barwiących się jasno; leukocyty w guzkach tych były nieliczne, natomiast dość liczne były komórki Sternberga. Guzki te odcinały się ostro od otoczenia, miejscami granice guzków stanowiły komórki o długich wąskich jądrach. W zakresie tych guzków tętniczki miały ściany zgrubiałe, a śródbłonki ich były tu i ówdzie złuszczone. Utkania gruźliczego, prątków Kocha, ani substancji kwasoopornej w guzkach nie stwierdziłem. *Płuca.* W skrawkach z tych części płuc, w których makroskopowo stwierdzono naciek szarawy z ogniskami jasno-

szarymi badanie mikroskopowe wykazało całkowicie zatartą budowę miąższu płucnego; naciek złożony był z rozmaitych komórek (wielopostaciowość komórkowa) przy czym uderzająca była duża ilość typowych komórek Sternbergowskich. W skrawkach pochodzących z ciemno-czerwonych ognisk, znaczne części skrawków wykazywały mniej więcej utrzymaną budowę płuca. W świetle pęcherzyków płucnych widoczne były balonowate, duże, jasno się barwiące, okrągłe z małym jądrem komórki, pojedyncze leukocyty, gdzieniegdzie krwinki czerwone oraz w niektórych pęcherzykach widoczna była bezpostaciowa masa, zabarwiona eozyną na czerwono-różowo, a tu i ówdzie obecne były pojedyncze niebieskawo wybarwione nitki (włóknik?). Duże zmiany wykazywały naczynia żylne. W świetle ich mianowicie obecne były komórki: już to duże, owalne, jasno się barwiące, już to wydłużone, wrzecionowate lub małe okrągłe, wreszcie pojedyncze leukocyty. W niektórych przekrojach wymienione komórki całkowicie wypełniały światło żył, w innych natomiast stanowiły wysepki, lub też były pojedynczo porozrzucane. W tętnicach uderzał wybitny przerost przydanki i zgrubienie warstwy środkowej ściany tętnic. W ich świetle były obecne komórki o jądrach długich, pałeczkowych. Śródbłonki w licznych przekrojach były złuszczone, a w niektórych również i warstwa mięsna wykazywała znaczne zniszczenie, polegające na rozluźnieniu warstwy mięsnej i oddzielaniu się komórek mięsnych. Fakt ten tłumaczy pochodzenie pojedynczych komórek o jądrach pałeczkowatych, znajdujących się w świetle niektórych tętniczek. Nigdzie w badanych skrawkach z płuc nie stwierdziłem utkania gruźliczego, ani prątków Kocha, ani wreszcie substancji kwasoopornej. *Śledziona:* typowe utkanie ziarnicze bez cech gruźlicy bez obecności prątków i substancji kwasoopornej. *Nerki:* budowa utrzymana: poza przekrwieniem i obecnością w niektórych kanalikach bezpostaciowej, różowawo-zabarwionej masy, żadnych zmian histologicznych nie można było wykazać. Guzek stwierdzony pod torebką w prawej nerce zbudowany był z tkanki łącznej włóknistej, ubogiej w komórki. *Serce:* poza nielicznymi włóknistymi bliznkami, innych zmian nie przedstawiało. W innych narządach zmian histologicznych nie stwierdziłem.

Biorąc pod uwagę całokształt danych klinicznych i badań histologicznych, musimy stwierdzić, że omawiany przypadek wykazuje pewne, niecodziennie spotykane, szczegóły ziarnicy złośliwej. Przebieg choroby był łudząco podobny do przewlekłej gruźlicy z okresowymi zaostrzeniami. Powiększenie gruczołów obwodowych i wnękowych, stopniowe narastanie objawów nacieku w płucach, dalej zmiany histologiczne nietypowe dla ziarnicy złośliwej w jednych gruczołach chłonnych, a jednoczesna obecność histologicznych cech gruźlicy i prątków Kocha w innych gruczołach, wreszcie dwukrotnie stwierdzone żywe oddziaływanie chorego na tuberkulinę, wszystko to zdawało się przemawiać za tym, że w omawianym przypadku należało przede wszystkim liczyć się z procesem gruźliczym, przy czym nie tylko klinicznie, ale również anatomicznie, zmiany w narządach były podobne do gruźliczych, a dopiero badanie histologiczne wyjaśniło ich właściwą przyrodę.

Jak wynika z badań licznych autorów, ziarnica jest sprawą zapalną i to wysiękowo-wytwórczo-zapalną, w której uczestniczy również układ siateczkowo-śródbłonkowy. Przyjmując przeto dla ziarnicy tło gruźlicze, ze względu na jej charakter zapalny, należało by ją uważać za gruźlicę zapalną i to złośliwą, albowiem zawsze kończy się zejściem śmiertelnym. Lewkowicz, jak dotąd, we wszystkich odmianach gruźlicy zapalnej (rumień guzowaty, wszechgruźlica zapalna i gościec) wykazał w tkankach substancję kwasooporną, pochodzącą z rozpadłych prątków. Do rozpadania się prątków przychodzi wskutek wzmożenia się odporności ustroju, czego zewnętrznym wyrazem jest w tych przypadkach wybitne uczulenie na tuberkulinę.

W naszym przypadku, tak za życia, jak i pośmiertnie, poza prątkami dobrze utrzymanymi i to tylko w zmianach o typowej budowie gruźliczej, a nigdzie w zmianach typowych dla ziarnicy złośliwej, nie stwierdziliśmy w ogóle substancji kwasoopornej. Ten szczegół wybitnie przemawia przeciw gruźliczemu tłu ziarnicy złośliwej. Ścisłe odgraniczenie zmian gruźliczych od zmian ziarniczych, brak przejścia jednych w drugie, co najlepiej uwidacznia ryc. 6, wreszcie brak prątków w utkaniu ziarniczym wskazuje na to, że gruźlica w naszym przypadku, a należy również przyjąć to dla innych podobnych, była sprawą wtórorzędną, rozdmuchaną tylko przez ziarnicę złośliwą, która, jak to liczni autorzy podnoszą, prowadzi do osłabienia, czy nawet zniesienia odporności ustroju, a wskutek tego przyjść może łatwo do rozsiania się prątków w ustroju z jakiegoś drzemiącego w nim gruźliczego ogniska.

Muszę zaznaczyć jeszcze, że w dwóch przypadkach ziarnicy złośliwej, w których miałem sposobność histologicznego przebadania różnych narządów, nie stwierdziłem żadnych cech gruźlicy, ani obecności prątków, ani wreszcie ziarenek kwasoopornych.

Biorąc wobec tego pod uwagę stałość zmian i pewne ich charakterystyczne szczegóły, stwierdzane w zmianach tkankowych w większości przypadków ziarnicy złośliwej, należy przyjąć, że zmiany te musi wywoływać jeden tylko czynnik, a mianowicie swoisty zarazek, którego odkrycie należy do przyszłości.

Piśmiennictwo

1) K. Chodkowski: Lekarz Wojskowy. T. XXVII, z. 3, 4 i 5, 1936. — 2) S. Ciechanowski: „Gruźlica", rok 1937, nr 5. — 3) E. Fraenkel i H. Much: Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, t. 99, 1932. — 4) K. Lewkowicz: a) Pol. Gaz. Lek. nr 23, 1937. b) Bull. de l'Acad. Pol. d. Sc. et d. Lettr., Cl. Méd. 1937 (tablica 1 barwna). c) Acta Pediatrica, vol. XXII, 1937. d) Beitr. z Klin. Tbk. t. 90, 1937. e) Pol. Gaz. Lek. nr 23, 1938. f) Wien. Klin. Wschr. nr 33, 1938. g) Pol. Gaz. Lek. nr 40, 1938 (tablica 1 barwna). h) Bull. de l'Acad. Polon. d. Sc. et d. Lettr. 1938 (tablica 6 barwna). — 5) N. W. Sachs i W. Steffel: Klin. Wschr. nr 30, 1938. — 6) M. Spritzer: Pol. Gaz. Lek. nr 18, 1938. — 7) K. Sternberg: Ergeb. d. allg. Pathologie u. path. Anat. t. 30, 1936. — Poza tym prace innych autorów, przytoczonych w tekście, podane są w monografiach Chodkowskiego, Ciechanowskiego oraz Sternberga.

Dr med. Ilia LIPKOWICZ Łódź

Niezwykły guz klatki piersiowej

Z Zakładu Rentgenologicznego Ambulatorium Pol. Państw. Wojew. Łódzkiego w Łodzi
Kierownik Zakładu: Dr med. I. Lipkowicz

Nie ulega wątpliwości, że pogłębieniu wiedzy rentgenologicznej zawdzięczamy przede wszystkim to, że coraz rzadziej popełniamy błędy przy rozpoznawaniu schorzeń umiejscowionych w klatce piersiowej.

Atoli i teraz zdarzają się wprawdzie nieczęste przypadki, gdy zarówno internista, jak i rentgenolog stają nagle wobec obrazu klinicznego i rentgenologicznego tak niezwykłego, że rozpoznanie natrafia na niemałe trudności.

Z takim właśnie niecodziennym przypadkiem, jego przebiegiem klinicznym, obrazem rentgenologicznym i prawdopodobnym rozpoznaniem, pragnę zaznajomić szerszy ogół lekarzy.

Chora, I. B., lat 18, córka urzędnika P. P., zgłosiła się do Ambulatorium P. P. w połowie grudnia 1938 r., właściwie tylko za namową rodziny, której się zdawało, że ostatnio nieco gorzej wygląda. W dzieciństwie, ani później żadnych poważniejszych chorób nie przechodziła. Rozwijała się normalnie, pierwsze miesiączki w 13—14 roku życia. Dziedzicznie nie jest pod żadnym względem obciążona. Reszta rodzeństwa, również przez nas badana, zupełnie zdrowa. Ojciec chorej znajduje się od wielu lat w naszej obserwacji z powodu włóknistej gruźlicy płuc, zresztą już prawie wyleczonej. Wobec tego okresowo badaliśmy też płuca chorej. Ostatnie prześwietlenie w listopadzie 1935 r., tj. przed trzema laty, poza nieznacznym powiększeniem gruczołów wnękowych, zmian nie wykazało. Cenne są obecne spostrzeżenia ojca chorej, które znalazły właściwe wytłumaczenie dopiero po dokładnym zbadaniu chorej. Otóż, przede wszystkim zwrócił on uwagę na to, że córka po najmniejszym nawet wysiłu fizycznym, jak np. szybkim przejściu z pokoju do pokoju, dostaje duszności i musi odpocząć. W nocy budzi się często z krzykiem przerażenia, miewa bowiem uczucie, jakby ją coś dusiło. Od paru tygodni poci się w nocy tak gwałtownie, że z rana jest bardzo zmęczona i osłabiona. Cerę ostatnio ma blado-żółtawą. Nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje. Apetyt mierny. Bólów żadnych nigdzie nie odczuwa, niekiedy skarży się na brak powietrza. Jak widzimy, są to dolegliwości i objawy dość powszechne, spotykane u wielu chorych przy najrozmaitszych schorzeniach.

Przy badaniu stwierdzamy: budowa prawidłowa, stan odżywienia mierny, brzuch miękki, gruczołów w brzuchu, w pachwinach, pod pachami, ani na szyi nie wyczuwamy.

Śluzówki blade, język nie obłożony. Tętno miarowe, 70—74 na minutę. Wysłuchowo serce żadnych zmian nie wykazuje. Ale już przy próbie ustalenia wypukiem granic serca trafiamy na pierwszą wielką niespodziankę. Granice stłumienia, aczkolwiek co do kształtu bardzo podobne do ogromnie rozszerzonego serca, w żadnym jednak wypadku nie mogą odpowiadać rzeczywistym wymiarom narządu, wydaje się bowiem nieprawdo-

podobnym, ażeby przy tak rozszerzonym sercu brak było jakichkolwiek objawów wysłuchowych lub klinicznych. Podobnie wielkie i podobnego kształtu stłumienie spotykamy przy dużych wysiękach do worka osierdziowego, ale i dla tego schorzenia nie mamy żadnych przesłanek. Płuca: w szczytach zaledwie zaostrzony oddech; z przodu, w obrębie wypukowo stwierdzonego stłumienia, oddech całkowicie zniesiony; na dole, gdzie kończy się stłumienie, oddech znowu normalny. Z tyłu wszędzie oddech pęcherzykowy. Dolne granice płuc przy wdechu i wydechu poruszają się prawidłowo.

Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało: pośrodku klatki piersiowej olbrzymi, jednolicie spoisty, nieruchomy, trójkątny cień, zajmujący niemal całą klatkę piersiową. Z lewej strony nad przeponą i pod szeroką podstawą trójkątnego cienia widać normalne tętnienie lewej komory, której wielkość, o ile w tych wyjątkowych warunkach można to stwierdzić, nie przekracza normy. Wszystko razem, duży cień jakiegoś zagadkowego tworu i częściowo spod niego wyglądająca sylwetka serca, przypominają kształtem ogromny grzyb, którego kapelusz tworzy duży trójkątny, zaokrąglony po brzegach cień, a szeroką nóżkę widoczna część serca. Tętnienie serca w najmniejszym nawet stopniu nie udziela się cieniowi nad nim. Potężny ten twór pozostaje zupełnie nieruchomy. Zatoki opłucnowe i kąty przeponowo-żebrowe są z obu stron wolne. Przepona porusza się prawidłowo. W kierunku skośnym i bocznym stwierdzamy zupełne zaciemnienie górnych 3/4 śródpiersia, tylko na dole, gdzie kończy się opisany cień, śródpiersie jest znowu wolne. Wskazane w takich przypadkach badanie narządów sąsiednich, np. przełyku barytem, celem stwierdzenia możliwych objawów uciskowych ze strony guza nie zostało na razie wykonane, przede wszystkim z powodu braku jakichkolwiek dolegliwości, po drugie dlatego, że nie chcieliśmy męczyć bez szczególnych wskazań naszej przeczulonej chorej. Załączam zwykłe zdjęcie klatki piersiowej w kierunku tylno-przednim. Co przede wszystkim zastanawia w tym, powiedziałbym, posępnym obrazie, to przedziwnie symetryczny kształt tego tworu, a następnie jego gładkie, od otoczenia odcinające się zarysy. Jeżeli przyjrzymy się jednak dokładniej, zauważymy, że prawy brzeg tego cienia nie jest tak idealnie prosty, jakim się na pierwszy rzut oka wydaje, jest on raczej wielofalisty i wykazuje nawet delikatnie zaznaczone podwójne kontury, o niejednakowej spoistości. Lewy brzeg wykazuje w górnej części dwa małe wklęśnięcia. Z obu stron cień przekracza obojczyki i ostro odcina się, szczególnie w polu lewego szczytu. Nie widzimy też na obrazie żadnego rozszerzania się



tego tworu do otaczającego go miąższu płucnego. Ten szczególny obraz pozwala nam odrzucić, *a priori*, cały szereg spotykanych w klatce piersiowej guzów: nie wchodzą z pewnością w rachubę ani z gruczołów wychodzący mięsak, ani z nabłonka dróg oddechowych lub innych narządów klatki piersiowej wychodzący rak, które to guzy są zwykle jednostronne lub przynajmniej znacznie z jednej strony przeważają, wykazując zwykle większą lub mniejszą infiltrację do otoczenia. Ponieważ badanie krwi, zarówno morfologiczne, jak po nakłuciu mostkowym, żadnych odchyleń od normy nie wykazały, jednocześnie, jak wspomniano, nigdzie nie znaleziono wyczuwalnych gruczołów, wątpliwą wydaje się nam również i ziarnica złośliwa. Dodajmy, że odczyn Wassermanna wypadł również ujemnie. Podobnie gładkie zarysy posiadają jeszcze włókniako-mięsaki, rzadkie, wychodzące z tkanki nerwów współczulnego lub błędnego neuromy oraz wyjątkowe teratomy i guzy dermoidalne. Ale i w tych, bardzo już rzadkich przypadkach guz ogranicza się do jednej połowy klatki piersiowej. Pozostaje więc jeszcze rozważyć, czy nie jest to guz, wychodzący z w pobliżu znajdujących się narządów gruczołowych. W rachubę wchodzą chyba tylko tarczyca i grasica. Tarczycy trudno te objawy przypisać, gdyż często spotykane w postaci tzw. płata podmostkowego powiększenie tego narządu daje obraz zupełnie charakterystyczny i od naszego obrazu odmienny. Wychodzący niekiedy z rozwojowo rozproszonych części gruczołu tarczykowego guz ogranicza się przeważnie również do jednej strony. Pozostaje więc grasica, jako początek naszego tworu. Wydaje się bardzo prawdopodobnym, że jest to właśnie grasica, z pewnością złośliwie zwyrodniała i wskutek tego do tak groteskowych rozmiarów powiększona. W spotkanych w piśmiennictwie zaledwie trzech przypadkach, wychodzących z grasicy, nowotworów złośliwych, nadano im nazwę *thymoma*. Za tym, że i w naszym przypadku mamy do czynienia z tzw. *thymoma*, przemawia szereg okoliczności. Przede wszystkim już sam kształt guza, przypominający bardzo kształt grasicy, oczywiście niezmiernie powiększonej. Poza tym wysoko sięgające kontury cienia, schodzące się nad mostkiem, gdzie, jak wiemy, umiejscowiona bywa grasica, w normalnych przypadkach właściwie jej resztki. Dietlen i v. Brochowski podają znamienne cechy wychodzących z grasicy nowotworów złośliwych. Jeden z wymienionych tam objawów występuje wyraźnie również na naszym obrazie. Jest to wielo-, a drobnofalisty zarys granicy cienia, na naszym zdjęciu wzdłuż prawego brzegu. Wymienieni autorzy tłumaczą ten objaw swoistą budową grasicy, składającej się, jak każdy narząd gruczołowy, z wielu oddzielnych płatów, które przy rozroście narządu dają tę falistą linię.

Rokowanie w tych rzadkich przypadkach jest zazwyczaj bardzo złe. Naświetlania promieniami Roentgena dają lepsze wyniki w przypadkach, gdy mamy do czynienia z mięsakiem tego gruczołu, natomiast prawie żadnego w przypadkach zwyrodnienia rakowatego. Szybko postępujące pogorszenie się stanu ogólnego stwierdziliśmy również u naszej chorej.

Dr H. DRUCKER Lwów

Przyczynek do diagnostyki guzów nerki

Z Oddziału Urologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie
Ordynator: Prof. dr Stanisław Laskownicki

Nerka jest dość często miejscem powstawania spraw nowotworowych, których punktem wyjścia jest albo miąższ nerkowy, albo miedniczka, albo torebka, albo nadnercze. Osobną grupę stanowią wady wrodzone, na tle przemieszczenia zarodka nadnercza lub odpryśniętych części ciała Wolfa.

Najprostszy jest podział anatomo-patologiczny guzów nerki, uwzględniający tkankę macierzystą, z której nowotwór wychodzi. Abrikosow wprowadził taki podział oparty na podstawach histogenetycznych:

1) *guzy wychodzące z tkanki łącznej:* włókniaki, naczyniaki, tłuszczaki, tłuszczako-włókniako-mięśniaki, chrzęstniaki i wrzecionowato-komórkowe wielopostaciowe mięśniaki;

2) *guzy wychodzące z nabłonka:* gruczolaki, homologiczne raki, gruczolaki i raki heterologiczne (nadnerczaki);

3) *guzy mieszane i potworniaki* — należą tu torbiele o charakterze dermoidalnym.

Klinicznie dzielimy nowotwory na dobrotliwe i złośliwe.

Guzy złośliwe występują często w młodym wieku, niekiedy są wrodzone; w wieku późniejszym — między 40—50 rokiem życia. Częściej występują u mężczyzn, niż u kobiet.

Z dobrotliwych guzów nerki zasługują na uwagę naczyniaki limfatyczne, tłuszczaki, kostniaki i chrzęstniaki. Zwykle nie osiągają one wielkich rozmiarów i nie dają objawów klinicznych, jednak w wyjątkowych przypadkach mogą dochodzić do znacznej wielkości tak, że wskazany jest zabieg operacyjny.

Tłuszczaki biorą swój początek z torebki tłuszczowej lub łącznotkankowej nerki, albo z oderwanych w życiu płodowym i przemieszczonych do miąższu nerkowego części tkanki tłuszczowej lub łącznej. Rzadko powstają tłuszczaki wyłącznie z tkanki tłuszczowej, częściej spotykamy nowotwory mieszane, włókniako- lub śluzako-tłuszczaki. Tłuszczaki torebkowe należą do rzadkości. Inny rodzaj stanowią tłuszczaki z tkanki tłuszczowej okołonerkowej, dochodzące do olbrzymich rozmiarów.

U kobiet trudno je czasem odróżnić od torbieli jajnikowych, zwłaszcza jeśli nerka jest dość ruchoma i opadnięta. Tłuszczaki nerki występują jako małe płatowate guzy, zazwyczaj leżące bezpośrednio pod osłonką białą *(tunica albuginea)*.

Włókniaki występują jako *cysto-myxo-fibro-myoma*. Objawy kliniczne są analogiczne, jak przy innych guzach nerki; rozpoznanie anatomo-patologiczne można ustalić dopiero po ich usunięciu.

Osobną grupę dobrotliwych nowotworów nerki stanowią *gruczolaki*. Występują one głównie w przewlekłych stanach zapalnych nerki pod postacią małych tworów, barwy białawo-żółtawej. Leżą tuż pod *capsula propria*, występują licznie; wyjątkowo dochodzą do wielkości głowy dorosłego człowieka. Bardzo rzadko posiadają budowę brodawczakowatą; Nürnberg na 66 przypadków gruczolaków znalazł tylko 3, a w piśmiennictwie ostatnich 20 lat opisano 12 przypadków takich gruczolaków. Gruczolaki trudno rozpoznać przed zabiegiem operacyjnym, jedynie badanie drobnowidowe ustala rozpoznanie, gdyż objawy gruczolaków nie różnią się od objawów przy innych guzach nerki.

Dość często występują krwawienia. Wprawdzie gruczolaki brodawkowe, jak i inne dobrotliwe guzy, cechują się wzrostem ekspansywnym, nie wnikają jednak w głąb tkanki narządu i nie powodują rozległego zniszczenia miąższu nerkowego, nawet jeśli dochodzą do większych rozmiarów. Nie stwierdza się dlatego zaburzeń w wydzielaniu barwika.

Gruczolaki brodawkowate mogą występować w każdym wieku, przeważnie między 20—40 rokiem życia. Najważniejszą metodą rozpoznawczą jest pyelografia wstępująca. Obraz pyelograficzny często nie wykazuje jednak większych zmian.

Judd Star, James opisują złośliwe gruczolaki; Farkas podkreśla, że gruczolak brodawkowaty w późniejszych okresach ma skłonność do przechodzenia w guzy złośliwe.

Jako pierwszy objaw złośliwego bujania występuje wzrost naciekowy, dalej przebicie przez torebkę do miąższu i do światła kielichów lub do miedniczki w nerce. W tym też okresie badanie drobnowidowe nie wykazuje cech złośliwego bujania i tylko objawy kliniczne, jak: krwawienie, szybki rozrost guza i ogólne wyniszczenie nasuwają podejrzenie, że guz przechodzi w złośliwy.

Z nowotworów złośliwych najczęstszy w nerce jest nadnerczak. Dlatego, opierając się na statystyce, według której 95% guzów nerki stanowią nadnerczaki, a pozostały odsetek — raki, należy uważać prawie wszystkie guzy nerki za złośliwe.

Patogeneza nadnerczaka nie jest jasna; istnieje tu wielka rozbieżność poglądów i szereg teoryj (Grawitz, Lubarsch, Sudek, Stoerk). Ważne znaczenie w patogenezie guzów złośliwych ma uraz; wpływ jednak urazu na powstanie guza złośliwego nie jest jeszcze wyjaśniony. Seeliger opierając się na dużym materiale podkreśla małe prawdopodobieństwo wpływu urazu. Rückert w zestawieniu 117 przypadków, tylko w 9 stwierdził uraz poprzedzający powstanie schorzenia.

Z obserwowanych guzów nerki w Oddziale Urologicznym Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie w okresie 2-letnim nie stwierdzono w żadnym przypadku, z wyjątkiem poniżej opisanego, urazu poprzedzającego powstanie guza.

Według symptomatologii rozróżniamy nowotwory nerki: 1) z krwiomoczem, 2) z bólami, 3) z wytworzeniem się wielkich guzów, 4) z zaburzeniami przewodu pokarmowego.

W 60% przypadków objawem początkowym jest krwiomocz, w 80% przypadków stwierdza się guz.

Krwiomocz występuje u dzieci rzadziej, niż u dorosłych, głównym objawem początkowym jest macalny guz.

Obmacywaniem stwierdza się przy złośliwych guzach częstokroć powierzchnię nierówną, twardą, guzowatą.

Dla odróżnienia nowotworów od torbieli, bąblowca i wodonercza, wskazane jest próbne nakłucie.

Ważnym momentem rozpoznawczym jest więc stwierdzenie powiększenia nerki. Wczesne rozpoznanie jest bardzo trudne. Wiele zależy od tego, w którym odcinku nerki guz jest usadowiony i jaki rodzaj nowotworu powstaje. Guzy tylnej powierzchni nerki w górnej jej połowie, a zwłaszcza w górnym biegunie, osłonięte łukiem żebrowym oraz grubą warstwą mięśniową, najczęściej przez długi czas są nierozpoznane. Dopiero krwawienie, albo bóle zwracają uwagę chorego na schorzenie.

Nowotwory rosnące naciekowo, zajmując i przerastając całą nerkę, nie zmieniając kształtu, ani wielkości nerki, dają wielkie trudności rozpoznawcze. Płyn w jamie brzusznej, obrzęk powłok, silne powiększenie wątroby utrudniają obmacywanie.

Środkami rozpoznawczymi pomocniczymi są: pyelografia wstępująca i dożylna, zdjęcia przeglądowe, pneumoradiografia i wziernikowanie pęcherza.

Pyelografia wstępująca daje bardziej pewne i dokładne szczegóły cienia guza, niż pyelografia dożylna. Unikać należy przesady i niezbyt polegać na pyelografii dożylnej, gdyż częste są przypadki, gdzie i nerka chora nie wydziela zupełnie lub daje obraz niejasny. W tych przypadkach wykonanie pyelografii wstępującej daje zupełnie pewne i dokładne wyjaśnienie.

Pyelografia jest metodą pomocniczą, ułatwiającą wykrycie przyczyny powiększenia nerki, lecz nie zawsze daje jasny obraz.

Powiększenie nerki wystąpić może w guzach nadnercza, torbielach, gruźlicy, zwyrodnieniu torbielowatym itd.

Bardzo częstym objawem jest ubytek wypełnienia miedniczki. Zupełny brak wypełnienia, czyli brak cienia miedniczki występuje przy przebiciu mas nowotworowych i wypełnieniu przez nie miedniczki.

Charakterystyczne w wypełnieniu ubytki dają rosnące guzy naciekowe. Jeżeli ubytki w wypełnieniu dotyczą jedynie kielichów, to najprawdopodobniej guz jest mały; przy guzach średniej wielkości, stwierdza się już ubytki w wypełnieniu miedniczek. Przy guzach dużych moczowód jest przemieszczony, odsunięty od kręgosłupa i przebiega często dużym łukiem. Poza tym stwierdza się zwykle znaczne zniekształcenie miedniczek i kielichów.

Dla torbieli lub zwyrodnienia torbielowatego nerek charakterystyczne jest obustronne powiększenie cienia nerki. Miedniczki są wydłużone i wąskie. Kielichy są pałąkowato zgięte, a ich końce spłaszczone. Podkreślić należy, że kontury cienia nerek są ostre w odróżnieniu od guzów.

Pyelografia dożylna, poza uwydatnieniem kształtu miedniczek i kielichów, jest wskaźnikiem czynnościowej wartości nerki. Jest ona łatwiejsza do wykonania od wstępującej i mniej przykra dla chorego.

Ważniejsze znaczenie ma jednak pyelografia wstępująca, zwłaszcza w przypadkach nowotworów, którą najlepiej jest wykonać obustronnie.

Niekiedy sondowanie miedniczek z równoczesnym przepłukiwaniem miedniczek wodą jałową ma znaczenie rozpoznawcze przy guzach nerki.

Z powodu rozdęcia miedniczki nerkowej wskutek wprowadzonego płynu przychodzi w pewnych przypadkach guzów nerki do krwiomoczu.

Ujemny wynik pyelografii nie przeczy istnieniu guza. Pomocniczym środkiem jest wtedy podana przez Rosensteina, Faina i Gattlicha pneumoradiografia, przy pomocy której otrzymuje się wyraźnie zarysy zewnętrzne nerek, a która pozwala na ocenienie rozmiarów guza.

Joseph, Fedorow nie stosują tej metody i w Oddziale Urologicznym Szpitala Powszechnego we Lwowie zarzucono ją z powodu niebezpieczeństwa zatoru powietrznego.

W przypadkach, w których istnieją zrosty torebki tłuszczowej oraz osłonek, pneumoradiografia nie daje wyników.

Często już zdjęcie przeglądowe wykazuje obrysy nerek i zniekształcenie oraz powiększenie cienia przy guzach nerki.

Bardzo ważne również dla rozpoznania zniekształcenia cienia miedniczki, kielichów oraz zmiany pod postacią wydłużeń, przerwy w konturze albo braki w wypełnieniu. Chromocystoskopia w przypadkach guzów nerki często niczego nie wykazuje, jeżeli nie ma zmian wtórnych w pęcherzu, albowiem zdolność czynnościowa nerek przy gruczolakach jest często prawidłowa. Zdarza się czasem, że chora nerka wydziela barwik lepiej, niż nerka zdrowa.

Nie należy jednak zaniechać wziernikowania pęcherza, gdyż czasem stwierdzić można krwawienia z ujścia moczowodów, co jest ważnym czynnikiem rozpoznawczym oraz znakiem rozsiania się brodawczaka w pęcherzu. Często też widuje się skrzep lub brodawczak występujący z ujścia moczowodu. Krwiomocz występuje przy guzach, gruźlicy, urazach, przy kamicy, w krwiomoczu toksycznym, wodonerczu, zwyrodnieniu torbielowatym nerek, przy zapaleniach miedniczek nerkowych, w przebiegu niedokrwistości złośliwej, białaczki i gnilca.

Charakterystyczne objawy dla guzów: krwiomocz, guz macalny i bóle w przypadkach poniżej opisanych nie wystąpiły.

W jednym brak było krwiomoczu oraz macalnego guza. Wynik pyelografii wzbudził podejrzenie o istnienie guza; w drugim zaś przypadku charakterystyczne były bóle oraz macalny guz.

Co się tyczy metod leczniczych, stosowano dawniej arsen, miedź, rad, selen; nie dawało to jednak żadnych wyników.

Jedynym skutecznym sposobem leczenia guzów nerki jest zabieg operacyjny.

Niektórzy operują przy istniejących nawet przerzutach; bardzo często nadnerczaki w odróżnieniu od innych guzów złośliwych dają nieliczne przerzuty.

Opisywane są w piśmiennictwie przypadki, w których przerzuty w płucach znikały samoistnie lub po usunięciu guza pierwotnego.

Dla uzyskania lepszych wyników operacyjnych zaleca się bezwzględnie w każdym przypadku następowe naświetlanie rentgenowskie, nawet w przypadkach guzów dobrotliwych, w których niezłośliwy charakter został drobnowidowo stwierdzony.

Guzy typu embrionalnego, np. guzy Wilms'a, są dość czułe na promienie Roentgena, nie jak nadnerczaki.

Poniżej opiszę dwa przypadki guzów nerki; jeden dobrotliwy gruczolak, drugi złośliwy nadnerczak.

Pierwszy zasługuje na uwagę, ponieważ gruczolaki nerki należą do wielkiej rzadkości, zwłaszcza że opisany dochodzi do wielkości głowy dziecka, drugi zaś nastręczał wiele trudności rozpoznawczych, gdyż brak było typowej *trias* objawów, a więc macalnego guza i krwiomoczu, w tym przypadku, według wywiadów, uraz poprzedził powstanie guza.

Przyp. I. P. M., lat 29, żona kupca, *adenoma polyposum renis sinistri.* Od pół roku zauważyła chora wypuklenie w okolicy lewego podżebrza. Od pewnego czasu brak łaknienia, obniżenie wagi, silne bóle w krzyżach. Krwawienia z dróg moczowych nie zauważyła.

Stan obecny. Wzrostu średniego, odżywienia lichego, skóra i widoczne błony śluzowe blade; płuca i serce w granicach prawidłowych. Szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone. Nad sercem tony czyste. Serce w granicach prawidłowych. Brzuch w całości zapadnięty, wypuk bębenkowy. Po stronie lewej macalny guz o powierzchni dość gładkiej, twardy, sięgający 3 i pół palca poniżej łuku żebrowego, nie przekracza linii środkowej ciała; wypuk nad guzem bębenkowy. Guz mało ruchomy, obniżający się nieco przy ruchach oddechowych. Kończyny dolne bez obrzęku, mocz jasny, przejrzysty, osad bez składników patologicznych. Wziernikowanie pęcherza wykazało: błona śluzowa pęcherza blada, ujścia szparowate, domykalne, lewe nieco sztywne, do 10 minut barwika wstrzykniętego dożylnie nie wydziela. Zdjęcie przeglądowe nerek wykazało: kontury nerek niewidoczne; na wysokości guza kości kulszowej po stronie lewej i nieco niżej widoczne trzy drobne cienie o niejednolitym wysyceniu (flebolity, kamienie?), po stronie prawej cień podobny widoczny trzy palce powyżej stawu krzyżowo-biodrowego.

Wobec niepewnego wyniku zdjęcia przeglądowego nerek, wykonano pyelografię dożylną; wynik był następujący: wypełnienie nieregularne, zwłaszcza lewego odcinka miedniczki oraz kielichów dolnych po stronie lewej.

Obraz rentgenologiczny może odpowiadać guzowi.

Chorą przygotowano do zabiegu operacyjnego. Wykonano cięcie Bergmana, przedłużając je następnie ku przodowi do brzegu mięśnia prostego, odsłonięto nerkę, która była silnie zrośnięta z otoczeniem. Po podwiązaniu naczyń żylnych, silnie rozszerzonych, przecięto zrosty i torebkę. Wyłoniono nerkę. Podwiązano nieco zgrubiały moczowód po poprzednim nałożeniu podwiązki na główne naczynia, usunięto nerkę wielkości głowy dziecka o powierzchni nierównej, na przekroju rysunek nerki był zatarty. Gdzieniegdzie widać ogniska o zabarwieniu szaro-żółtym. Badanie histologiczne wykazało *adenoma polyposum renis.*

Wynik badania histo-patologicznego: wśród utkania nerki stwierdza się przestrzenie jamkowate, których nabłonek wyściółkowy jednowarstwowy buja brodawczakowato i wypełnia te przestrzenie.

Naczynia zaś poszczególnych kosmków brodawczakowatych są w wielu miejscach wybitnie rozszerzone. Tkanka łączna pasmowata, stanowiąca przegrody między tymi jamkami, jest w wielu miejscach zapalnie nacieczona (drobnokomórkowo).

Składniki samego miąższu nie wykazują widocznych zmian. 18 dni po zabiegu chora opuszcza szpital.

Przyp. II. K. J., lat 50, maszynista kolejowy, *hypernephroma malignum renis dextri.*

Przed miesiącem uległ chory urazowi w okolicy nerki w czasie pracy zawodowej. Od tego czasu odczuwa bóle w tym miejscu, utrzymujące się przez dłuższy czas. Krwi w moczu nigdy nie zauważył. Leczony był z powodu postrzału przez kilka tygodni. Ponieważ stan chorobowy nie uległ zmianie na lepsze, skierowano chorego do szpitala.

Stan obecny. Chory wzrostu wysokiego, odżywienia miernego; klatka piersiowa: wypuk jawny, szmery pęcherzykowe, serce w granicach prawidłowych, tony czyste. Jama brzuszna: wypuk bębenkowy, granica dolna wątroby obniżona, sięga trzy palce poniżej łuku żebrowego. Nad talerzem biodrowym prawym wyczuwa się twardy guz, nieco przesuwalny (obniżona nerka).

Wziernikowanie pęcherza: pojemność dobra, błona śluzowa prawidłowa, ujścia moczowodów symetrycznie ustawione, niezmienione; lewe wydziela barwik dobrze w czwartej minucie, prawe do 10 minut barwika nie wydzieliło.

Wykonano pyelografię dożylną. Miedniczka i kielichy po stronie prawej znacznie szersze, zniekształcone. Miedniczka prawa na wysokości dolnego konturu trzonu kręgu L III, miedniczka lewa na wysokości wyrostka poprzecznego L II, o świetle szerszym. Moczowód lewy w części górnej zagięty.

Przygotowano chorego do zabiegu operacyjnego.

W uśpieniu dożylnym *Sennarcol-natrium*, uzupełnionym eterem, odsłonięto nerkę. Natrafiono na duże trudności techniczne z powodu zrostów nerki z otoczeniem i dużej wątroby. Nerka była znacznie obniżona. Po uwolnieniu nerki od zrostów, podwiązano poszczególne naczynia szypuły z osobna, następnie po podwiązaniu odcięto moczowód. Przy guzach wśród zlepów i zrostów zapalnych szypuła jest z powodu swej krótkości trudna do podwiązania i zachodzi niebezpieczeństwo ześlizgnięcia się podwiązki. W tym też przypadku z powodu zrostów podwiązanie szypuły nastręczało wielkie trudności, wobec czego ostrożnie podwiązywano poszczególne rozgałęzienia tętnic i żył nerkowych. Po usunięciu nerki zeszyto powłoki, założono dren.

Nerka na przekroju wykazała mniej więcej w połowie swej guz wielkości mandarynki, ulegający częściowo rozpadowi.

Badanie histo-patologiczne dało następujący wynik:

Utkanie nadnerczaka, niewątpliwie już atypowego, którego budowa jest nader niewyraźna z powodu silnego obrzęku tkanki nowotworowej.

W otoczeniu widać utkanie nerki, również wybitnie obrzękłej; tak w nerce samej, jak i w tkance nowotworowej stwierdza się obfite nacieki zapalne, składające się przeważnie z leukocytów wielojądrzastych, częściowo z komórek okrągłych, plazmatycznych i eozynochłonnych. Miejscami widać większe ogniska wysięku ropnego.

Rana ropieje tak, że co drugi dzień następuje zmiana opatrunku.

Chorego poddano naświetlaniu Roentgenem.

Prześwietlania płuc oraz zdjęcia rentgenowskie kośćca ognisk przerzutowych nie wykazały.

Miesiąc po zabiegu chory opuszcza szpital.

Po roku zgłasza się do kontroli. Zmian chorobowych się nie stwierdza, chory czuje się zupełnie dobrze.

Guzy nerki stanowią wśród ogólnej grupy nowotworów innych narządów 0.5% u dorosłych, podczas gdy u dzieci 20.4%.

W naszych przypadkach objawów typowych nie było. W przypadku nadnerczaka guz umiejscowiony był wśród nacieczonej zapalnie tkanki, co rzadko się zdarza; nastręczały się przez to trudności rozpoznawcze.

Rokowanie guzów nerki w ogóle jest niepomyślne, gdyż dobrotliwe nawet guzy okazują skłonności do przejścia w złośliwe. Należy więc każdy guz nerki traktować jako nowotwór złośliwy, to znaczy, po radykalnym zabiegu stosować następowe naświetlania promieniami Roentgena.

Streszczenie

Autor opisuje dwa nietypowe przypadki guzów nerki. Jeden z nich, gruczolak histologicznie stwierdzony, wystąpił u kobiety 29-letniej; dochodził do wielkości głowy dziecka i przybrał rzadko spotykane rozmiary, gdyż zazwyczaj gruczolaki, jako guzy dobrotliwe, występują liczniej.

Przypadek drugi: nadnerczak złośliwy u mężczyzny lat 50, godny uwagi ze względu na umiejscowienie wśród nacieku zapalnego. Przy zabiegu operacyjnym stwierdzono ektopię nerki.

Operowano oba przypadki, po upływie roku skontrolowane nie wykazują żadnych zmian chorobowych.

Piśmiennictwo

Braun K.: Zbl. f. Chir. 1938. — Bibus B.: Z. f. Urol. Chir. u. Gyn. 1937. — Dózsa E.: Z. f. Urol. Chir. u. Gyn. 1937. — Jorns G.: Bruns Beiträge. 1936. — Körbler J.: Z. f. ges. Chir. 1938. — Malczyński i Drucker: Polski Przegl. Chir. 1937. — Mossakowski J. i Manteuffel-Szoege: Polski Przegl. Chir. 1938. — Palugyay J.: Zbl. f. Urol. Chir. 1934.

Zofia WEBERSFELD Lwów

Badania elektrokardiograficzne u młodzieży szkolnej

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr Marian Franke

Dokończenie

II

Dotychczas omówiliśmy w niniejszej pracy zachowanie się obrazów elektrokardiograficznych podczas pierwszego naszego badania. Ponieważ u naszych badanych stwierdziliśmy często dość znaczne odchylenia od prawidłowego obrazu EKG, które uważamy wyłącznie jako wynik zmian czynnościowych, chcieliśmy przekonać się, czy zmiany te są trwałe, podobnie jak u dorosłych.

P. N. Deschamps zwraca uwagę na bezwzględną trwałość kształtu krzywych elektrokardiograficznych u tego samego osobnika, u którego obraz elektrokardiograficzny pozostaje w najdrobniejszych szczegółach niezmieniony, pomimo wielokrotnych badań, przeprowadzonych w znacznych odstępach czasu. Opierając się na tym, Deschamps twierdzi, że badania elektrokardiograficzne mogłyby w zupełności zastąpić badania daktylograficzne. To dotyczy ludzi dorosłych. Natomiast Franke i Lankosz podczas badań młodzieży szkolnej wykazali wybitne cofanie się stwierdzonych zmian w EKG po upływie roku. Wzorując się na tych badaniach przeprowadziliśmy ponownie badania elektrokardiograficzne u naszej młodzieży, zachowując przy tym technikę badań taką samą, jaką opisaliśmy w pierwszej części niniejszej pracy. Jedną grupę chłopców w liczbie 50 przebadaliśmy powtórnie po upływie dziewięciu miesięcy, resztę zaś chłopców oraz wszystkie dziewczęta po upływie roku.

Nie będziemy tu omawiać szczegółowo zmian, jakie występowały w obrazach elektrokardiograficznych pod wpływem wysiłku fizycznego, gdyż wyniki uzyskane obecnie nie różniły się w tym względzie od tych, jakie otrzymywaliśmy w roku ubiegłym. Podkreślimy natomiast różnice, jakie wystąpiły w obrazach EKG u tych samych osobników po upływie roku. Analizując szczegółowo obrazy EKG, dla większej przejrzystości będziemy je omawiali według tych samych grup, jakie wyodrębniliśmy w pierwszej części tej pracy.

Badania kontrolne u dziewcząt

U dziewcząt wykazujących, poza nieznacznym obniżeniem załamków P, R lub T, zupełnie prawidłowy obraz krzywych, po upływie roku również żadnych zmian nie znaleźliśmy. Tylko u dwóch dziewcząt, które kilka tygodni przed powtórnym badaniem przebyły ciężką, trzy tygodnie trwającą anginę, stwierdziliśmy ujemne T w odprowadzeniu trzecim, które przed rokiem było dodatnie.

U tych dziewcząt, u których podczas pierwszego badania zmiany dotyczyły kształtu załamków P (III) i T (III) lub też odcinka ST, spotkaliśmy u trzech dziewcząt zupełnie prawidłowy obraz krzywych, podczas gdy u kilku pozostałych, zmiany w postaci odwróconej fali T (III) utrzymały się.

Natomiast stwierdziliśmy u trzech innych dziewcząt pojawienie się wyraźnego łukowatego odcinka ST, raz nawet przedwcześnie zaczynającego się tam, gdzie przed rokiem przebiegał w linii izoelektrycznej.

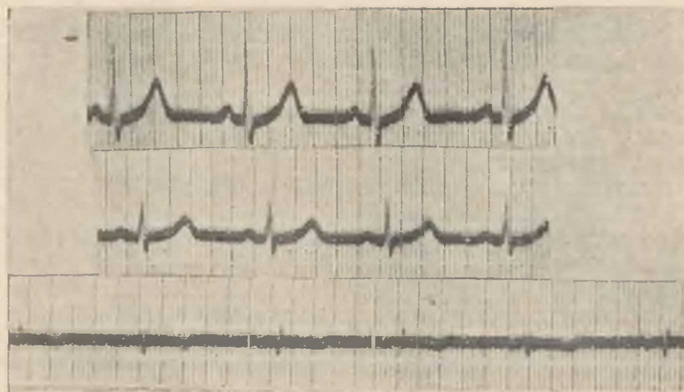
W tej grupie badanych, gdzie podczas pierwszego badania było przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, stwierdziliśmy u 7 wyrównanie tej zmiany (ryc. 5); czas przewodnictwa PQ nie przekraczał w powtórnym badaniu 0,18 sek. U 3 zaś przedłużenie tego okresu utrzymane w tym samym stopniu, jak przed rokiem. Tylko u jednej dziewczynki pojawiło się w powtórnym badaniu PQ długości 0,21 sek., choć przed rokiem nie przekraczało 0,18 sek.

Niemiarowości typu zatokowego o charakterze oddechowym stwierdzone często podczas pierwszego badania, obecnie zachowywały się różnie. Czasem niemiarowość stawała się wyraźniejsza, czasem ustępowała zupełnie, niekiedy zaś utrzymywała się na dawnym poziomie.

Godne uwagi było to, że tzw. przewaga jednej z komór utrzymywała się bez zmian. Tam, gdzie zaznaczała się wyraźnie lub tylko słabo przewaga lewej, czy prawej komory, uwidoczniona była w tym samym stopniu na zdjęciach kontrolnych, a inne odchylenia w tych samych obrazach ulegały po roku zmianom. Również w ułożeniu osi serca nie znaleźliśmy żadnych zmian w porównaniu z rokiem poprzednim.

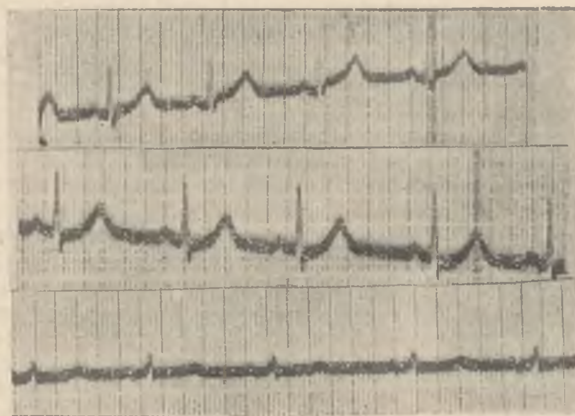
Badania kontrolne u chłopców

W pierwszej grupie badanych chłopców, u których stwierdziliśmy, badając po raz pierwszy zupełnie prawidłowy przebieg krzywych, po upływie roku również żadnych uchwytnych zmian w EKG nie dało się wykazać. Zaznaczamy przy tym, że zmiany występujące pod wpływem wysiłku fizycznego były w zasadzie takie same, jak przed rokiem. W niektórych przypadkach uwydatniły się jeszcze wyraźniej zbyt wielkie wychylenia załamków P i T w jednym lub dwóch odprowadzeniach.



Ryc. 4
A. M., lat 16. R I > R II > R III
P III ujemne lub dwufazowe, PQ norma, R III bardzo niskie, rozszczepione, T III ujemne

W grupie drugiej badanych, u których spotkaliśmy podczas pierwszego badania odwrócenie fali P (III) lub T (III), albo też równoczesne odwrócenie fal P (III) i T (III), w przeważnej liczbie spotkaliśmy się z zupełnym wyrównaniem tych odchyleń (ryc. 6). W miejsce załamków odwróconych pojawiała się po roku dodatnia fala prawidłowa.



Ryc. 6
EKG tego samego osobnika po upływie roku (prawidłowy)

Odosobnione ujemne załamki P (III), przy prawidłowym przebiegu reszty obrazu, były również zmianą chwiejną, gdyż w przeważnej części zmieniały się na dodatnie. Niekiedy w spoczynku spotykaliśmy P (III) ujemne, które jednak po wysiłku przechodziło w dodatnie.

Odosobnione odwrócenie fali T (III) okazało się więcej trwałe, gdyż w siedmiu przypadkach pozostało zupełnie niezmienione, natomiast w dziewięciu przypadkach otrzymaliśmy obraz prawidłowy tam, gdzie fala T przed rokiem była ujemna lub dwufazowa.

Charakterystyczne jest zachowanie się odcinka ST po roku, który u 9 chłopców na 14 przebiegał obecnie prawidłowo, u 5 pozostałych zaznaczało się wprawdzie obniżenie tego odcinka poniżej linii izoelektrycznej, jednak nie tak wyraźnie, jak w roku ubiegłym. U czterech innych chłopców, u których odcinek ST był we wszystkich trzech odprowadzeniach prawidłowy, stwierdziliśmy wyraźnie łukowaty kształt tego odcinka w odprowadzeniu trzecim.

W trzeciej grupie badanych, w której poza odchyleniami, opisanymi już powyżej, stwierdziliśmy przedłużenie okresu prze-

wodnictwa przedsionkowo-komorowego jako przeważającą cechę nieprawidłowości w tej grupie, w trzech przypadkach okres PQ pozostał nadal przedłużony, w jednym przypadku przedłużenie ustąpiło zupełnie i tu PQ wynosiło obecnie 0,17 sek. W dwóch pozostałych przypadkach PQ przedłużyło się jeszcze wyraźniej o 0,02—0,03 sek., osiągając cyfry 0,22 sek. Natomiast u ośmiu chłopców, u których pierwsze badania nie wykazały żadnych zmian przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, odcinek ten uległ obecnie wydłużeniu do 0,24 sek.

Zaburzenia miarowości oraz oznaki przewagi elektrycznej jednej z komór, podobnie jak i u dziewcząt, nie uległy po roku żadnym zmianom.

Zestawiając nasze wyniki oprzemy się przede wszystkim na własnych badaniach, a także na materiale w podobnym kierunku opracowanym w naszym Zakładzie przez innych współpracowników. Liczba badanej młodzieży w sumie wynosiła 288 osób. Przeważna część dotyczyła młodzieży męskiej, która pod względem zaburzeń ciśnienia i zmian elektrokardiograficznych przedstawiała pewne różnice w porównaniu do stanu spotykanego u dziewcząt.

Cała młodzież przez nas badana, jak już wspomnieliśmy, oddawała się sportom, chociaż w materiale obecnie przebadanym sport nie grał tak decydującej roli, jak w grupie przypadków badanych przed kilkoma laty.

Mimo to jednak musimy na tym miejscu już podkreślić, że spotykane przez nas zmiany tak w ciśnieniu, jak w obrazie elektrokardiograficznym nie pozwoliły nam wykazać jakiejś ściślejszej zależności zmian od rodzaju i nasilenia wykonywanych sportów. Zmiany nieprawidłowe musimy więc uważać jako cechy wieku młodzieńczego, niezwiązane ściśle ze sportem, jakiemu się oddawała młodzież.

Przede wszystkim zatrzymajmy się nad nieprawidłowościami spotykanymi w ciśnieniu krwi u naszych badanych. U chłopców, jak to już podkreślono w pracy poprzedniej, ogłoszonej z naszego Zakładu i u naszych badanych, w 20% stwierdzić można było skłonność do nadciśnienia (powyżej 125 mm Hg), czego u dziewcząt nie spotykano zupełnie w naszym materiale. Czy braku hipertonii należy szukać w młodszym wieku badanych dziewcząt, chociaż podobnie jak u chłopców, obejmował on także okres rozwoju płciowego, rozpoczynający się u dziewcząt wcześniej niż u chłopców, tego nie możemy rozstrzygnąć. Może być, że brak większych podniet seksualnych u dziewcząt, co L a n k o s z i Z i ę b a uważają jako jedną z przyczyn hipertonii u młodych chłopców, gra tu główną rolę. Jest to sprawa trudna do rozwiązania.

Hipotonia znowu, więc obniżenie ciśnienia poniżej 110 mm Hg, która u chłopców stanowiła około 20% badanych, jest cechą u dziewcząt wybitnie przeważającą. Stwierdziliśmy ją bowiem w 50% i to bez związku z ich wrodzoną budową. Hipotonia u dziewcząt w wieku pokwitania jest niejako przeważającą cechą, podczas gdy u chłopców stanowi ona tylko fakt rzadko spotykany. Godne uwagi jest przy tym, że 60% chłopców wykazywało ciśnienie prawidłowe, a u dziewcząt tylko 50%.

Wyniki nasze dotyczące ciśnienia u młodzieży są zgodne z rozległymi badaniami E. R e i c h e r ó w n y i dają wspólnie z naszymi badaniami podstawę do wniosku, że jedną z cech charakteryzujących dziewczęta w okresie pokwitania jest ciśnienie niższe, niż normalne (*hypotonia pubertatis*).

W paru słowach zwrócimy uwagę na zachowanie się szybkości czynności serca. U chłopców była ona w 35% dość wolna. U dziewcząt zaś bradykardia zaznaczała się znacznie rzadziej tylko u 25%. Natomiast przyspieszenie czynności serca było u dziewcząt wyraźnie częstsze (25%), niż u chłopców, u których dochodziło tylko do 13%. Skłonność do tachykardii to cecha charakteryzująca przede wszystkim dziewczęta w okresie pokwitania. Źródła tachykardii u badanych dziewcząt w tym wieku szukać należy przede wszystkim w tak często u nas spotykanym powiększeniu tarczycy, co podkreśliliśmy poprzednio. Za tym twierdzeniem przemawia fakt nielicznych przypadków powiększenia tarczycy u chłopców, przy równoczesnym braku przyśpieszenia czynności serca. Zwrócenie uwagi na stan tarczycy u dziewcząt przez lekarzy szkolnych nasuwa się wprost z naszych badań jako coś, czego pominąć by nie należało w lekarskiej opiece szkolnej.

Z dalszych zmian w zachowaniu się serca u młodzieży zwracało uwagę bardzo częste występowanie niemiarowości oddechowej, która, jak wiemy, jest w ogóle cechą wieku młodzieńczego. Wyraźną niemiarowość spotykano przy tym częściej u chłopców niż u dziewcząt, tej jednak nie możemy uważać jako zmianę, będącą wyrazem zaburzeń samego serca, lecz musimy ją uważać jako objaw chwiejności układu wegetatywnego, zwłaszcza nerwu błędnego, tak typowy dla wieku młodzieńczego, a zwłaszcza dla okresu pokwitania.

Przechodząc do badań elektrokardiograficznych zatrzymamy się przede wszystkim nad ułożeniem osi elektrycznej serca, która wykazała dość wyraźne różnice między dziewczętami a chłopcami. U dziewcząt bowiem przeważało prawidłowe, lekko skośne, ułożenie osi, u chłopców zaś więcej pionowe.

Z dalszych zmian podkreślić musimy znacznie częściej elektrokardiograficznie spotykaną tzw. przewagę komorową u dziewcząt, niż u chłopców. Częstszą przy tym była przewaga prawokomorowa, która wystąpiła u dziewcząt w 30%, a u chłopców tylko w 19,4% przypadków. Przewaga zaś lewokomorowa u dziewcząt dała się stwierdzić w 17,5%, a u chłopców tylko w 7%. W sumie więc u dziewcząt w 47,5% istniała przewaga jednej z komór, a u chłopców tylko w 26,4%. W każdym razie jednak większej częstości występowania przewagi jednej z komór u dziewcząt nie możemy łączyć z nienormalnym ułożeniem osi elektrycznej serca, bo ta u dziewcząt przeważnie przebiegała prawidłowo.

Drugą i to znowu pod względem częstości u dziewcząt charakterystyczną zmianą było przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. U chłopców przewodnictwo było nieprawidłowe tylko w 3,5%, nie przekraczając zwykle przy tym cyfry 0,21 sek., u dziewcząt zaś przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego stwierdziliśmy aż w 25% i to do 0,26 sek. Pomijamy tu jeden przypadek dziewczynki, u której przewodnictwo przedsionkowo-komorowe doszło do 0,46 sek., a która wykazała wyraźne dolegliwości sercowe tak, że była zwolniona z ćwiczeń fizycznych. W każdym razie poza tym jednym przypadkiem młodzież wykazująca przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego nie skarżyła się na szczególne dolegliwości serca, które by utrudniały wykonywanie ćwiczeń fizycznych.

Obraz zachowywania się poszczególnych załamków zdjętych krzywych EKG przedstawiał także dużo odchyleń od normy, z pewnymi różnicami u dziewcząt i u chłopców. Nie było różnic co do częstości odwrócenia załamka P w odprowadzeniu trzecim; zmiana ta tak u dziewcząt, jak i u chłopców wynosiła około 12,5%. Towarzyszyła ona, choć nie stale, stanom tzw. przewagi prawej komory. W ogóle przy tym wzniesienie P było u całej młodzieży dość niskie.

Zachowanie się fali R, poza zmianami, które stanowiły istotę przewagi komorowej, o czym wspomnieliśmy już wyżej, innych zmian nie przedstawiało.

Odcinek ST w odprowadzeniu drugim i trzecim nieraz wykazywał kształt łukowaty lub był obniżony poniżej linii izoelektrycznej i to znowu częściej u dziewcząt (17,2%), niż u chłopców (8,3%). Zmiana ta nie dotyczyła osobników, którzy skarżyli się na jakieś dolegliwości sercowe.

Odwrócenie lub dwufazowość wzniesienia T w odprowadzeniu trzecim spotkaliśmy stosunkowo dość często, przy prawidłowym przebiegu T w pierwszym i drugim odprowadzeniu. Objaw ten znowu był częstszy u dziewcząt (27%) niż u chłopców (18,7%).

Na wystąpienie fali U nie zwracamy uwagi, jako na sprawę, nie mającą dziś żadnego znaczenia klinicznego.

Badania elektrokardiograficzne przeprowadzone równocześnie także po wysiłku fizycznym, wykazały jako rzecz interesującą, że fala T (III), w wypadkach, w których w spoczynku była nieprawidłowa, po wysiłku przyjmowała kształt prawidłowy; tylko tam, gdzie było równoczesne odwrócenie fal P (III) i T (III) zmiana ta po wysiłku nie ulegała wyrównaniu.

Wysiłek przez nas stosowany wpływał także na odcinek PQ i to równomiernie u chłopców, jak u dziewcząt, wywołując jeszcze większe wydłużenie. Podkreślić musimy, że u 8,2% chłopców przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego do 0,21 sek. zjawiało się dopiero po wysiłku, a w spoczynku PQ wynosiło 0,17 sek. Chłopcy ci jednak po wysiłku nie wykazywali jakichś szczególnych zaburzeń krążenia, ani podmiotowo, ani przedmiotowo.

W dalszych naszych badaniach oparliśmy się na spostrzeżeniach F r a n k e g o i L a n k o s z a, które wykazały, że nieprawidłowości EKG, obserwowane przez nich u młodzieży szkolnej, w przeważnej części po okresie roku zanikały, co ich upoważniło do twierdzenia, że te nieprawidłowości stały w związku z pewnym brakiem jednolitości rozwoju naczyń wieńcowych serca, z rozwojem ogólnym chłopca w okresie pokwitania.

Przeprowadzając w tej myśli ponowne badania elektrokardiograficzne na naszym materiale dziewcząt i chłopców, stwierdziliśmy podobne, a godne uwagi zachowanie się krzywej EKG po upływie roku. Tu zauważyliśmy znowu wyraźne

cofanie się zmian EKG spostrzeganych podczas pierwszego badania. Wyrównanie zmian nieprawidłowych dotyczyło zarówno kształtu, jak i przebiegu fal P i T, jak i częciowo przebiegu odcinka ST oraz czasu trwania PQ. I tu także z częstszym wyrównaniem spotkaliśmy się u chłopców, niż u dziewcząt. U dziewcząt np. utrzymała się w kilku przypadkach nieprawidłowa postać P (III) i T (III), a w 10% przedłużenie PQ również nie uległo zmianie. U chłopców natomiast, poza kilkakrotnym utrzymaniem się ujemnego T (III) wszystkie inne odchylenia nieprawidłowe znikły. Ta nierównomierność wyrównywania się zmian u dziewcząt w porównaniu do chłopców da się wytłumaczyć prawdopodobnie młodszym wiekiem dziewcząt, w którym to wieku nie przyszło jeszcze do uregulowania niestosunku między pojemnością naczyń wieńcowych serca, a zapotrzebowaniem ukrwienia mięśnia sercowego, co u chłopców już się dokonało.

*

Do jakich wniosków uprawniają nas nasze badania młodzieży szkolnej lwowskiej?

Przede wszystkim badania nasze dają podstawę do twierdzenia, że wiek pokwitania jest okresem, w którym układ krążenia ulega wyraźnym wahaniom.

Zaburzenia w ciśnieniu (u chłopców hipertonia, u dziewcząt hipotonia) są sprawą dość często spotykaną.

Nieprawidłowości w przebiegu EKG są również w tym okresie stanem charakteryzującym niejako wiek pokwitania.

Jednak wszystkie te zmiany ustępują w miarę wzrostu osobnika i przejścia okresu pokwitania. To świadczy znowu o tym, że nieprawidłowości są wyrazem zaburzeń jedynie czynnościowych. Tła ich szukamy, zgodnie z twierdzeniem Frankego i Lankosza, w pewnym stanie niedotlenienia mięśnia sercowego, związanym z nierównomiernym rozwojem naczyń wieńcowych serca w okresie pokwitania. Gdy ten okres minie i naczynia wieńcowe się rozwiną, dostosowując się do ostatecznej wielkości serca dorosłego, wtedy odchylenia te zanikają.

Na tej podstawie musimy zwrócić uwagę na to, że chwiejne serce młodzieży w okresie pokwitania, mające tło naczyniowe, wymaga dużej ostrożności przy wysiłku fizycznym. Sport, zwłaszcza przesadny, zawody forsujące, nie powinny być podstawą wychowania fizycznego naszej młodzieży szkolnej, ale rozumne, do wieku dostosowane, wychowanie fizyczne, bez zawodów i rekordów.

Za podanie tematu i łaskawe udzielenie cennych wskazówek podczas wykonywania tej pracy, JWPanu Prof. Dr Marianowi Frankemu składam najserdeczniejsze podziękowanie.

Piśmiennictwo

Carión J. und Rodriguez F. M.: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 87. S. 52. 1936. — Deschamps P. N.: Elektrokardiografia kliniczna. Pol. wyd. lek. „Ars Medici". 1933. — Duchosal P. W. et G. Henny: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 89. S. 76. 1937. — Franke M., Lankosz J.: Pol. Gaz. Lek. Nr 51. 1935. — Graybiel A. and P. D. White: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 80. S. 361. 1935. — Heier H.: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 80. S. 140. 1935. — Holzmann M. und F. Wuhrmann: Deutsch. Med. Woch. 1936. I. S. 379—382, 641—644 i 685—688. — Januszkiewicz A.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. VII. S. 487. — Jezler A.: Schweiz. Med. Wschr. B. 63. N. 14. S. 330. 1933. — Jezler A.: Schweiz. Med. Wschr. B. 65. N. 34. S. 776. 1935 — Kisch B.: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 83. S. 681. 1935. — Knoll. Gironès. Goerke: Dtsch. Med. Wschr. N. 4. S. 140. 1936. — Kohan B. A. et G. J. Heinrichsdorf: Presse Méd. 1935. I. P. 20—22. — Lankosz J. i Zięba Wł.: Lek. Wojsk. T. 29. N. 12. 1937. — Mierosławski S.: Wiedza Lek. T. X. Z. 8. 1936. — Marzahn H.: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 82. S. 66. 1935. — Nieuwenhuizen C. L. van und H. A. Hartog: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 88. S. 685. — Parade G. W.: Klin. Wschr. 1934. II. S. 1791—1792 — Radwanyi G. und A. Gellert: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 87. S. 438. 1936. — Reicher E.: Wiedza Lek. T. X. Z. 8. 1936. Str. 213, 219, 245—255 i 287—291. — Rihl J. A., Huttmann E. Spiegel: Z. Kreislaufforschr. 27, 659, 1935. — Schlomka G.: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 83. S. 252. 1935. — Schöne G.: Kgr. Ztrblt. f. d. ges. inn. Med. B. 87. S. 306. 1936. — Suzmann M. and E. Jokl: Kgr. Ztrbl. f. d. ges. inn. Med. B. 87. S. 702. 1936.

Prof. dr Jan OLBRYCHT Kraków

Jeszcze kilka uwag na marginesie artykułów J. Makowca pt.: „Wpływ ziemi jako podłoża śladów krwawych na wyniki badań" (I. — P. G. L. Nr 3/37, II. — P. G. L. Nr 17/38, III. — P. G. L. Nr 1/39)

W związku z badaniem zakrwawionej ziemi spod zwłok zabitego, które dało wynik dodatni na krew przy ujemnym wyniku odczynu precypitynowego (I) przeprowadził J. M. badania doświadczalne, na podstawie których tłumaczy (II), że niemożność wykazania próbą precypitynową białka ludzkiego w wyciągach z mieszanin ziemi z krwią ludzką polega na adsorbcji białka krwi, dalej, że wyciągi z pewnych ziem dając strąty zarówno z surowicą precypitynową, jak i z normalnymi surowicami królików i świnek morskich naśladują próbę precypitynową, przy czym to „zjawisko jest zależne *tylko* (podkreślenie autora) od zawartości w wyciągach połączeń wapniowcowych", a wobec rozpowszechnienia w przyrodzie połączeń wapniowcowych „chce *obecnie* (podkreślenie autora) zwrócić uwagę" na „konieczność zastosowania w przypadkach badań śladów krwawych następujących kontroli:

1) badanie, czy wyciągi z podłoża niezakrwawionego nie dają dodatniego wyniku z surowicą precypitynową;

2) badanie, czy wyciągi z miejsca zakrwawionego nie dają strątów, jak w próbie precypitynowej, w zetknięciu się z surowicami nie zawierającymi precypityn".

W uwagach moich (P. G. L. Nr 29/38) nad artykułem II. J. M. podkreśliłem, że znikanie odczynu precypitynowego w takich razach zależy w głównej mierze od zawartości w glebie glinki i tlenków żelaza, prawdopodobnie skutkiem ich działania adsorbcyjnego, że występowanie strątów w wyciągach z gleb przy zetknięciu się z surowicami wywołuje raczej rozpuszczalne sole glinu, żelaza lub ciała garbnikowe w nich zawarte, że badania wpływu ziemi na odczyn precypitynowy były już przeprowadzane i że proponowane obecnie przez J. M. wspomniane kontrole były polecone jeszcze przez twórcę odczynu precypitynowego Uhlenhutha.

Cel moich uwag został częściowo osiągnięty. Nie tak jak w II publikacji J. M. w publikacji III pisze już, że nie „tylko", lecz „najprawdopodobniej" sole wapniowe pozorują reakcję precypitynową. Dalej J. M. przyznaje także, że był już badany wpływ ziemi na odczyn precypitynowy, tylko że kwestia ta „nie była wszechstronnie opracowaną i że do tego zagadnienia należało powrócić i wnieść dalsze szczegóły". Wreszcie wbrew swym twierdzeniom w publikacji II, że nie znalazł „żadnej wzmianki o konieczności przeprowadzenia takich badań kontrolnych w przypadkach stwierdzania krwi ludzkiej w podejrzanych śladach krwawych" przyznaje J. M. w publikacji III, że jeszcze Uhlenhuth polecił stosowanie kontroli proponowanych przez J. M. i dodaje „ponieważ jednak obecnie badania sądowo-lekarskie wykonuje się częściowo poza zakładami medycyny sądowej i, jak poucza doświadczenie ostatnich lat, sposób wykonania i otrzymane wyniki budzą bardzo często poważne wątpliwości, przeto uważałem za stosowne zwrócić uwagę na te kontrole, zwłaszcza że obecnie posługuje się raczej obszernymi podręcznikami, aniżeli monografią sprzed kilkudziesięciu laty, trudno dostępną".

Fakt, że ktoś nie dokonuje odczynu precypitynowego w sposób podany przez jego twórcę Uhlenhutha, jest sprawą zupełnie odrębną (także piszący te słowa wielokrotnie zwracał publicznie uwagę na poziom dokonywania u nas ekspertyz sądowo-lekarskich). Sedno bowiem sprawy leży w tym, aby dokonywać odczynu precypitynowego z kontrolami podanymi jeszcze przez Uhlenhutha, bo wtedy odpada możliwość błędnej oceny odczynu, przy tym pamiętać należy, że dla każdego odczynu istnieją granice jego wydolności. Nie można zaś powoływać się na to, że o wspomnianych kontrolach nie ma wzmianki w podręcznikach medycyny sądowej, bo podręczniki nie mogą każdej kwestii omawiać monograficznie; każdemu zaś pracownikowi naukowemu winno być wiadome, że przy opracowywaniu zagadnień naukowych nie można się opierać tylko na podręcznikach, lecz także na pracach źródłowych i monografiach choćby trudno dostępnych i sprzed kilkudziesięciu lat. W przeciwnym razie można się narazić na zarzut ogłaszania jako nowej kwestii, która jest już od dawna znana.

Pozostałoby jeszcze do rozpatrzenia kilka szczegółów podniesionych w III publikacji, w szczególności w związku ze składnikami gleb i dalszymi stąd wysnutymi wnioskami. Pomijając już fakt, że szczegóły te są dla właściwej sprawy nieistotne, ponieważ w razie dokonania odczynu według poleceń Uhlenhutha wraz z nakazanymi przez niego kontrolami, odpada możliwość błędnej oceny odczynu, to należy zaznaczyć,

że nie opierają się one na własnych badaniach J. M., lecz na badaniach przeprowadzonych — jak podaje J. M. — przez dra M. Kwinichidzego, inż. St. Sozańskiego, mgr. J. Czygrinowa, że badania te zatem musiałyby być naprzód skontrolowane i prawdopodobnie wymagałyby długiego czasu i mozolnej pracy (których zaoszczędzenie było także celem ogłoszenia moich uwag w nr 29 i 30 P. G. L. z 1938). Ponieważ zaś piszący te słowa, podobnie jak zdaje się, J. M., nie jest gleboznawcą, a nadto kwestie te nie są dla niego jako dla medyka sądowego tak dalece ważne, aby im poświęcać czas i przez kilkakrotne niepotrzebne zabieranie miejsca na łamach P. G. L. nadawać rozgłos sprawie, przeto może ktoś ze zgłaszających się do Zakładu pracowników zechce się zająć nimi.

W każdym razie już obecnie co do niektórych szczegółów można dać odpowiedź: J. M. podkreśla, że mieszając krew z badaną substancją w stosunku 1:10 uważa, iż pracował w innym punkcie skali doświadczalnej, tymczasem wyniki na tablicy III są otrzymane przez mieszanie krwi z daną substancją w stosunku 1,5:10, 1:10, 1:100, a więc skala ta obejmuje również warunki jego pracy.

Także nie potrzeba odpowiedzi, bo jest samo przez się zrozumiałe, że przez próchnicę rozumie się nie próchno drzew, lecz rodzaj gleby, albo odpowiedzi, jak należy rozumieć niemiecki cytat z pracy Dürcka i Uhlenhutha, czy takie powiedzenie, jak „nie twierdziłem i nie twierdzę, że sole wapniowe są przyczyną znikania odczynu precypitynowego, jakkolwiek nie można temu tak kategorycznie i bezwzględnie zaprzeczyć" itp.

Tak samo zdolność adsorbcyjna nie jest jedynie i wyłącznie związaną „ze stanem fizycznego rozproszenia, strukturą kapilarną i powierzchniową substancji adsorbującej", lecz *obok tego* jest cechą pewnych związków chemicznych i zależną od: 1) przyciągania elektrycznego między ciałem adsorbującym i adsorbowanym, 2) od napięcia powierzchniowego (o tyle, że łatwiej ulegają adsorbcji ciała zmniejszające napięcie powierzchniowe), 3) od względów chemicznych tworzenia przypuszczalnych związków czy drogą wymiany składników, czy na zasadzie wartościowości koordynacyjnych. A tę ostatnią mają jony o małej objętości atomowej, a dużym ładunku; wśród dwuwartościowych kationów byłyby to beryl, magnez, w dużym zaś stopniu własność tę posiadają kationy trójwartościowe: glin, żelazo itp.

Jeżeli niektóre gleby odznaczają się dużą zdolnością adsorbcyjną, to właśnie przede wszystkim dzięki obecności w nich różnych ilości i form związków glinu, żelaza, a więc glino-krzemianów itp. Formuła Al_2O_3 i Fe_2O_3 nie przesądza wcale, iż w takiej właśnie formie jest dany pierwiastek zawarty. Żelazo i glin oznacza się ilościowo najczęściej w postaci tlenków i w tej też formie wprowadza do ostatecznych wyników analitycznych. Wzór taki jest zatem tylko skrótem stosowanym przez chemików dla wyrażenia zawartości żelaza czy glinu w całym szeregu związków o często nieznanej albo zmiennej budowie i stopniu uwodnienia, występujących w glebie. A właśnie to bogactwo najrozmaitszych związków tych pierwiastków najlepiej ilustruje zdolność tworzenia przez nie związków koordynacyjnych. I nie jest przypadkiem, że właśnie tlenek glinu jest stosowany i preparowany dla celów adsorbcyjnych. Natomiast związki wapniowe bywają tylko rzadko stosowane dla celów adsorbcyjnych. Jak to z załączonej poniżej tablicy E. K. Rideala (*An Introduction to Surface Chemistry, Cambridge*, 1926 p. 178) wynika, autor ten podając zestawienie różnych substancyj ze względu na ich działanie adsorbcyjne, umieszcza na pierwszym miejscu tlenek glinu.

Material	Efficiency
Alumina (tlenek glinu)	100
Fuller'a earth (ziemia Fullerska)	50
Bauxite (bauksyt)	50—30
Ignited peat (wyżarzony torf)	25
Bone charcoal (węgiel kostny)	24
Bog iron ore (ruda darniowa)	20
Fuller's earth II (ziema Fullerska II)	17
Ferric oxide (tlenek żelaza)	17
Ball clay (glinka ziemista)	14
Fuller's earth III (ziemia Fullerska III)	10
China clay (glinka porcelanowa — kaolin)	3
Kieselguhr (ziemia okrzemkowa)	3

Jest oczywiste, że sole podane w tablicy II nie występują w tej formie w glebach, podobnie zresztą, jak normalnie, nie spotykamy w nich chlorku wapnia, czy azotanu baru itp., że sole te hydrolizują kwaśno to także oczywiste, ale nawet po zobojętnieniu kwasu otrzymane w formie koloidalnej wodorotlenki zachowują działanie wytrącające na białka, co np. w analizie krwi znajduje zastosowanie przy odbiałczaniu koloidalnym wodorotlenkiem żelaza.

Zarzut w sprawie niebadania azotanu baru jest nieistotny, bo pomijając, że może on pojawić się w glebie tylko sporadycznie i wyjątkowo, to skoro czynnym składnikiem jest kation — nie może reszta kwasowa (zwłaszcza jednowartościowa) odgrywać roli. Natomiast bardzo ważne było badanie soli magnezu, który zazwyczaj zawarty jest w glebach jako kation zaadsorbowany w kompleksach koloidalnych nieorganicznych (krzemianowych) i organicznych (próchniczych).

Fakt, że Graham-Smith i F. Sanger stwierdzali niszczenie krwi przez wapno czy zaprawę murarską należy przypisać działaniu silnie zasadowemu tych ciał.

Nowe środki lecznicze

Dr J. BIBER. Kierownik Oddz. Laryngologicznego Przemyśl
Dr W. TOKARZ. Sekund. Szpitala Powsz.

Niektóre choroby zakaźne w świetle chemoterapii

Ze Szpitala Powszechnego w Przemyślu
Dyrektor: Jan Zaczek

Medycyna w dążeniu do zdobywania nowych środków w walce z bakteriami, pomimo ogromnych trudności badań, poszczycić się może nową zdobyczą. Chemoterapia przeciwpaciorkowca uzyskała nowy środek. Jest on wynikiem licznych prac laboratoryjnych, popartych doświadczeniem, zapoczątkowanych w r. 1908, które obecnie doprowadziły do stwierdzenia swoistego działania związków sulfamidowych przeciw paciorkowcom.

Spośród licznych związków grupy sulfamidowej najmniej toksycznym a bardzo trwałym okazał się w wodzie nierozpuszczalny benzylo-amino-benzeno-sulfamid (septazyna), jak i dwusiarczan sodowy fenylo-benzeno-sulfamid (rozpuszczalny w wodzie) *septazin-solubile.*

Odznaczają się one wybitną czynnością a małą jadowitością, wskutek czego pozwalają na dużą rozpiętość dawkowania bez szkody dla chorego. Również w obserwowanych przypadkach nie stwierdzono nietolerancji na lek z wyjątkiem 2 przypadków pokrzywki, która w parę dni po zaprzestaniu używania septazyny ustępowała.

Obszerne już dzisiaj piśmiennictwo badań klinicznych bezwzględnie uznaje swoistość działania leku, a widziane przez nas przypadki dały możność stwierdzenia, że lek działa nie tylko na przebieg choroby, ale również chroni organizm od powikłań czasami bardzo przykrych i niebezpiecznych.

Przechodząc do omówienia poszczególnych przypadków chorobowych przez nas leczonych chcielibyśmy zaznaczyć, że w niektórych przypadkach i my, jak i inni badacze, zaobserwowaliśmy swoistość działania septazyny przy pewnych jednostkach chorobowych, jak np. przy róży.

Działanie septazyny na różę obserwowaliśmy w 16 przypadkach. Z tego 10 dotyczyło twarzy, w tym 3 pęcherzowej, 2 skóry owłosionej głowy, 2 róży kończyn.

Czas trwania choroby do chwili rozpoczęcia leczenia wynosił:

w 2 przypadkach jeden dzień,
w 5 przypadkach dwa dni,
w 6 przypadkach trzy dni,
w 3 przypadkach cztery dni.

Po podaniu septazyny zaobserwowano:

Spadek ciepłoty następował drugiego dnia w 3 przypadkach, trzeciego dnia w 8 przypadkach, czwartego dnia w 5 przypadkach.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę czas trwania choroby i spadek ciepłoty na skutek leczenia, to sprawa przedstawia się następująco: u chorego, u którego rozpoczęto leczenie w pierwszym dniu choroby, ciepłota spadła już po 2 dniach leczenia.

U chorych, u których rozpoczęto leczenie drugiego dnia trwania choroby, ciepłota spadła po podaniu septazyny u:

jednego po dwóch dniach leczenia,
dwóch po trzech dniach leczenia,
dwóch po czterech dniach leczenia.

U chorych, u których rozpoczęto leczenie septazyną trzeciego dnia choroby, ciepłota spadła:

po dwóch dniach leczenia u dwóch chorych,
po trzech dniach leczenia u trzech chorych,
po czterech dniach leczenia u jednego chorego.

U chorych, leczonych septazyną w czwartym dniu choroby, ciepłota spadła trzeciego dnia leczenia.

Jak z powyższego wynika, dzień choroby w którym rozpoczęto leczenie septazyną nie odgrywa żadnej roli w wyniku leczenia.

Stosując zasadę indywidualnego dawkowania septazyny, zależnie od stanu chorego, rozległości sprawy chorobowej, podawano we wszystkich przypadkach dwie pastylki trzy do cztery razy dziennie, a u chorych, którzy zgłosili się w późniejszym dniu choroby, prócz tego wstrzykiwano domięśniowo dwa do trzy razy dziennie *septazin. solub.* W każdym powyższym przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie. Zaczerwienienie oraz obrzęk znikały po 2 do 4 dniach po spadku ciepłoty, a w dwóch przypadkach objawy znikły równocześnie ze spadkiem ciepłoty.

Objawów ubocznych działania septazyny nie stwierdzono.

Z nawrotem zgłosił się tylko jeden chory w 5 dni po opuszczeniu szpitala, a po 15 dniach stanu bezgorączkowego. Wszyscy chorzy otrzymywali nawet po spadku ciepłoty przez następne 3 do 4 dni trzy razy dziennie po jednej pastylce.

Przypadek I. Chory O. N., lat 74, emeryt.

Podaje, że od trzech dni ma twarz zaczerwienioną oraz silnie obrzękłą tak, że nie może otworzyć szpary powiekowej, dokuczają mu przy tym nudności i wymioty. Leczony był w domu. Ponieważ jednak stan z każdym dniem się pogarszał, jako ciężko chory został skierowany do szpitala.

W chwili przyjęcia do szpitala ciepłota wynosiła 38,2°. Chory zgłosił się wieczorem i tegoż dnia otrzymał dwie pastylki septazyny *plus* dwie ampułki domięśniowo. Drugiego dnia ciepłota 37,2°. Obrzęk znacznie mniejszy, umożliwiający choremu patrzenie. Samopoczucie dobre. Tegoż dnia otrzymał trzy razy dziennie po 2 pastylki septazyny i 3 ampułki domięśniowo. Ciepłota wieczorem wynosiła 36,5° przy dobrym sapomoczuciu. Przez następne dnie ciepłota wahała się od 36,5° do 36,8°. Czwartego dnia obrzęk zupełnie ustąpił. Zaczerwienienie znikło, pozostawiając miejscowe łuszczenie się naskórka. Szóstego dnia wyleczony opuścił szpital.

Płonica

Septazynę stosowaliśmy w dwunastu przypadkach płonicy, tak u dzieci, jak i u osób starszych. Wiek najmłodszego dziecka wynosił 3 lata. Osobnika najstarszego 25 lat.

W pierwszym dniu wysypki zgłosiło się 6 chorych.

W drugim dniu wysypki zgłosiło się 4 chorych.

W trzecim dniu wysypki zgłosił się jeden chory, zaś jeden chory w początkowym okresie łuszczenia się.

Jako powikłanie stwierdzono u 2 chorych początkowe objawy zapalenia ucha środkowego, u 1 chorego, który zgłosił się w okresie wysypki, ostre zapalenie stawów.

W każdym z tych przypadków zastosowano septazynę w pastylkach, u dzieci 4 razy dziennie po 1 pastylce — u starszych dawkę podwójną i zauważono szybki lityczny spadek ciepłoty i tak:

po jednym dniu leczenia spadła ciepłota u chorego, który zgłosił się w okresie wysypki,

po 2 dniach w dwóch przypadkach,

po 3 dniach w dwóch przypadkach,

po 4 dniach w pięciu przypadkach,

po 5 dniach w jednym przypadku,

po 8 dniach w przypadku powikłanym zapalenia stawów — przy czym objawy zapalenia stawów ustąpiły.

Czwartego i piątego dnia wysypka znikała, jak również ustępywały wspomniane powikłania bez specjalnego leczenia. W jednym tylko przypadku, w drugim tygodniu choroby pojawiło się powiększenie gruczołów chłonnych, które na skutek dodatkowego leczenia zupełnie ustąpiło.

Jak z powyższego widać, tylko w jednym przypadku powikłanie przedłużyło czas leczenia. Poza tym leczenie przebiegało prawidłowo, nie dając żadnych objawów ubocznych. Wszystkie przypadki były leczone tylko septazyną, bez użycia surowicy przeciwpłoniczej.

Przypadek II. Chory P. Sz., lat 20, student teologii, podaje, że od 4 dni cierpi na ból głowy, gardła, szum i ból w uszach. Od 20 godzin wysypka.

Stan obecny. Wzrost średni, odżywienie dobre, gardło silnie zaczerwienione, migdałki obrzękłe, w zatokach liczne czopy ropne. Język malinowy. Na twarzy, za wyjątkiem okolicy ust, tułowia i kończyn, wysypka płonicza. Płuca, serce oraz narządy jamy brzusznej bez widocznych zmian chorobowych. Otoskopowo stwierdza się zaczerwienienie oraz nacieczenie błony bębenkowej. Krótki wyrostek zaznaczony. Brak stożka świetlnego. Badanie czynnościowe słuchu wykazuje zmiany typowe dla schorzenia ucha środkowego.

Podawano 4 razy dziennie po 2 pastylki septazyny. W drugim dniu leczenia ciepłota spadła z 39,4° na 37,6°, szum i ból w uszach znacznie mniejszy. W czwartym dniu ciepłota spadła do normy, wysypka przygasła, samopoczucie chorego bardzo dobre. Chory opuścił szpital wyleczony.

Meningitis purulenta

Trzy przypadki *meningitis purulenta* leczone septazyną, po 20 do 25-dniowym pobycie w szpitalu, zostały jako wyleczone wypisane.

W każdym z tych przypadków podawano przez okres gorączkowy po 6 pastylek dziennie oraz dwie ampułki domięśniowo, a następnie po spadku ciepłoty po 3 pastylki przez 4 do 5 dni. Nakłucie lędźwiowe wykonano drugiego dnia zgłoszenia się chorego do szpitala w celach diagnostycznych. Po dwóch dniach leczenia nastąpiła wyraźna poprawa stanu ogólnego. Objawy wzmożonego ciśnienia po trzech dniach ustąpiły. W jednym przypadku utrzymywały się przez tydzień tak, że wykonano powtórnie nakłucie lędźwiowe celem zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego.

Przypadek I. Chora A. D., lat 12.

Przywieziona do szpitala z objawami silnych bólów głowy, skarży się na nudności, zawroty głowy, wymioty. Chora silnie osłabiona. Ciepłota 39,6°. Wewnętrzne narządy nie wykazują zmian chorobowych. Uszy bez zmian. Neurologicznie stwierdza się sztywność karku. Objawy Kerniga, Babińskiego dodatnie. Nakłucie lędźwiowe wykazało zwiększenie ciśnienia wśródczaszkowego. Wydobyto 40 cm³ płynu mętnego, pod silnym ciśnieniem.

Badanie płynu wykazało: Białko 1%. Pandy dodatni. Osad: obficie ciałka wypocinowe, preparat z osadu barwiony, wykazuje obficie leukcyty oraz limfocyty. Drobnoustrojów nie znaleziono.

Podano septazynę. Po 2 dniach ciepłota spadła do 37,2°, czwartego dnia objawy chorobowe znów wzmogły się. Ciepłota 39,3°. Wykonano ponownie nakłucie lumbalne i wstrzyknięto septazynę dolędźwiowo. Doustnie podano 8 pastylek oraz uzupełniono leczenie zastrzykami domięśniowymi 4 ampułek dziennie. Trzeciego dnia ciepłota spadła z 39,8° do 37,8° z wahaniem około 37,8°, utrzymywała się przez 5 dni, po czym spadła do normy.

Stan chorej wybitnie się poprawiał, w końcu wypisano dziecko jako wyleczone.

Wybitnie korzystny wpływ na skrócenie czasu leczenia oraz przebieg choroby zauważyliśmy podczas leczenia ostrego zapalenia gardła. Na 34 przypadków leczonych septazyną, w 32 stwierdzono spadek ciepłoty po trzech do czterech dniach. W jednym tylko przypadku stany podgorączkowe (do 37,4°) utrzymywały się do 8. dnia choroby, a w jednym przypadku nastąpiło powikłanie w postaci ropnia okołomigdałkowego.

Również w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego (leczonych 28 przypadków) zaobserwowaliśmy szybki spadek ciepłoty do normy, przy wybitnej poprawie samopoczucia. W przypadkach zapalenia ucha środkowego dawaliśmy przy wysokiej gorączce od 6 do 12 pastylek dziennie. Na 3 przypadki posocznicy pochodzenia usznego, stracono 1 przypadek w 3 tygodniu, z powodu ropnia płuc u osobnika cierpiącego na starą gruźlicę płuc, 2 przypadki uratowano. Ze względu na interesujący przebieg choroby powyższych przypadków streszczamy historię chorób.

Przypadek II. K. P., lat 24, służący.

Skarży się na ropny wyciek z ucha prawego, trwający od przeszło roku. Obecnie od tygodnia silne bóle głowy, dreszcze i ciepłota dochodząca wieczorami do 40°. Stan obecny. Stan ogólny ciężki, oddech przyśpieszony, tętno 100, ciepłota 39,8°. Otoskopią stwierdza się w zewnętrznym przewodzie ucha prawego wydzielinę ropną, cuchnącą, poza tym otoskopia utrudniona z powodu licznych polipów wyrastających z okolicy *antrum*. Badanie czynnościowe wykazuje typow zmiany dla schorzenia ucha środkowego, przy b. znacznym przytępieniu słuchu. *Operatio radicalis in polocaini* $^1/_2$%. Podczas operacji stwierdzono: w okolicy *antrum* perlak wielkości grochu, zatoka esowata na przestrzeni dwugroszówki odsłonięta, pokryta brudno-szarymi nalotami. Nakłucie zatoki nie wykazuje krwi. W ośrodkowym kierunku dojście do zdrowego. Tamponada. Inj. 10 cm³ *septazin intraven.*, 6 pastylek *per os*. W dzień po operacji ciepłota rano 37,2°, wieczorem po dreszczach 40,8°. Następnego dnia podwiązano prawą żyłę jarzmową. Inj. 2 razy 10 cm³ *septazin. intraven.* 9 pastylek dziennie. Wieczorem podwyższenie ciepłoty do 40°.

W 3 najbliższych dniach przy stosowaniu wyżej podanej ilości septazyny, ciepłota spadła litycznie do normy. Po 5 dniach normalnej ciepłoty nastąpiła (najprawdopodobniej z powodu redukcji podawania ilości septazyny do 6 pastylek dziennie) pogorszenie, trwające około 6 dni ciepłota o charakterze intermitującym, dochodząc dwukrotnie wieczorem do 40°. Powrócono do 9 pastylek oraz 2 zastrzyków dożylnych septazyny dziennie. Po 6 dniach ciepłota spadła do normy, pozostając poniżej 37°, aż do wygojenia.

Prawie tak samo przebiegał następujący przypadek:

A. N., lat 14, dziecko przy matce, choruje od szeregu lat na ropny wyciek z obu uszu. Przywiezione do szpitala w stanie ciężkim podaje, że od kilku dni ma gorączkę, dochodzącą wieczorami do 40°, skarży się na dreszcze oraz silne bóle głowy w okolicy prawego wyrostka sutkowego oraz całego tyłogłowia. Stan ogólny ciężki, chory przytomny, lekko zamroczony. Wargi oraz widoczne błony jamy ustnej blado-sine. Język obłożony, suchy. Ciepłota 40°, tętno 120, słabo napięte. Miejscowo stwierdza się w zewnętrznym przewodzie ucha prawego wydzieline ropną, cuchnącą, pulsującą. W okolicy attik przetoka, przez którą wydobywają się łuski perlaka. Chory słyszy akcentowaną mowę *ad concham. Operatio radicalis et sinusotomia sinus-sigmoidei in poloc.* ½%. Podczas operacji stwierdzono w okolicy *antrum* i *attik* perlaka wielkości grochu. Pulsujący oraz silnie cuchnący ropień około zatoki esowatej na przestrzeni około trzech cm długości. Nakłucie zatoki w dwóch miejscach nie wykazuje krwi. Otwarcie zatoki oraz usunięcie zakrzepu, około 4 cm długiego. *Iniectio 2×10 cm septazin. intraven.* oraz 6 pastylek *per os.* Wieczorem po operacji dreszcze i ciepłota 40,4°. Następnego dnia podwiązano i wycięto żyłę jarzmową na większej przestrzeni. Ciepłota spadła do 38,3°. W następnych dniach chory otrzymał po 6 pastylek septazyny *per os* oraz 10 cm³ septazyny dożylnie. W dalszym przebiegu utrzymuje się stan podgorączkowy do 37,8° przez tydzień z powodu ropnia na pośladku prawym, po nacięciu tegoż spadła ciepłota do normy, utrzymując się aż do wygojenia.

Resumując wyniki lecznicze we wszystkich przypadkach wyżej wymienionych chorób, należy stwierdzić, że septazyna spełniła swoje zadanie w zupełności jako środek leczniczy i jako środek zapobiegawczy. Preparat stosowany, nawet w dużych ilościach, nie wywołuje żadnych działań ubocznych, oprócz zaobserwowanych przez nas dwóch przypadków pokrzywki. Badanie kontrolne w kilku przypadkach krwi nie wykazywało żadnych zmian morfologicznych. Wedle naszego przypuszczenia, działanie septazyny polega na stworzeniu ciężkich warunków rozwojowych dla bakteryj. Przez cały przebieg choroby, nawet po spadku ciepłoty, należy podawać septazynę w dawkach zmniejszonych, aż do całkowitego wyleczenia, gdyż, jak niejednokrotnie zaobserwowaliśmy, powodowało przedwczesne odstawienie septazyny nawroty objawów chorobowych.

Uważamy również, że w ciężkich przypadkach należy obok podania septazyny *per os*, wstrzykiwać równocześnie dożylnie, co wybitnie wzmacnia jej działanie.

Dr I. GOPENCHAJM Wilno

O zastosowaniu Bijotolu „Age" w oto-laryngologii

Z Oddziału Oto-Laryngologicznego Szpitala św. Jakuba w Wilnie

Zachęceni dobrymi wynikami uzyskanymi przez chirurgów (Jabłkowski i Urbańczyk) i dermatologów przy leczeniu przewlekłych i zaniedbanych ran, opornych zresztą na innego rodzaju leczenie farmakologiczne, Bijotolem „Age", postanowiliśmy wypróbować go również w dziedzinie oto-laryngologii.

Chemicznie Bijotol jest to dwujododwutymol, w którym reszty wodorotlenowe związane zostały cząsteczkami jodu i bizmutu. Jest to ceglasto-czerwony proszek o zapachu kakao bez smaku, nierozpuszczalny w wodzie, oporny na działanie światła i wilgoci. W skład jego wchodzą: jod (43%), bizmut (23%) i tymol.

Jak wiemy, działanie lecznicze jodu polega na dość znacznym powinowactwie do tkanek obrzękłych, zropiałych, gruźliczych i kiłowych. Jod działa poza tym resorbcyjnie i przeciwgnilnie. W Bijotolu działanie jodu potęguje się przez to, że wyzwala się on *„in statu nascendi"* przy zetknięciu się z zaczynami, znajdującymi się bądź w tkankach, bądź też w wydzielinach ran lub owrzodzeń.

Bizmut znany jest ze swego działania bakteriobójczego na krętki, poza tym jako ciężki metal może działać ściągająco. Ostatnie próby leczenia zapalenia gardła bizmutem również wskazują na wartość jego jako środka przeciwbakteryjnego.

Tymol przewyższa swą siłą bakteriobójczą fenole i krezole, z grupy których sam pochodzi. Ta siła bakteriobójcza jest szczególnie duża dla ustrojów mało zróżnicowanych.

Wychodząc z założeń czysto teoretycznych mamy w Bijotolu synergetyczne działanie 3 składników o silnych właściwościach odkażających, resorbcyjnych i w pewnym stopniu ściągających.

Wobec tego, że jak z danych różnych autorów wynika, Bijotol nie działa ani drażniąco, ani trująco, postanowiliśmy go zastosować w laryngologii nie tylko przy leczeniu ran skórnych, ale kostnych i śluzówkowych.

Stosowaliśmy więc Bijotol jako przysypkę po operacjach na uchu (antrotomii i operacji radykalnej), po zabiegach wewnątrznosowych (ścięcie przerosłej śluzówki, po resekcji musze przegrody, po operacjach na sitowiu, po usunięciu polipów), oraz po wyłuszczeniu migdałków, w nielicznych, zresztą, tylko nadających się do tego przypadkach, przy zapaleniach przewlekłych ucha środkowego wtedy, gdy chory mógł pozostawać pod stałą kontrolą.

Dla ilustracji podajemy w skróceniu opis kilku przypadków:

1. Chory L. B., kolejarz. Przed 3 laty operacja radykalna ucha z powodu perlaka i objawu przetokowego. Obecnie od kilku miesięcy powstał mały wyciek, któremu towarzyszą zawroty głowy i oczopląs. Na rewizję rany się nie zgadza. Zastosowaliśmy kilkakrotnie przysypki Bijotolu do jamy pooperacyjnej. Po 4 przysypkach jama wyschła, zawroty głowy również ustąpiły i chory czuje się dobrze.

2. Chory K. M., lat 28, pracownik kamieniołomów. *Ot. med. chr. bilat., caries* kosteczek ucha prawego. Bóle głowy. Operacja po stronie prawej. Rana goi się źle, obfita, cuchnąca wydzielina. Przysypki Bijotolem co drugi dzień. Wydzielina szybko się zmniejsza, rana stopniowo pokrywa się naskórkiem, znika przykra woń. Po upływie 6 tygodni od operacji rana jest wygojona.

3. Chory H. G., lat 34, gazeciarz. *Gibbus. Ott. med. chr. dextra.* Perlak. Operacja doszczętna, obfita wydzielina śluzowo-ropna, rozrost ziarniny na ostrodze. *Foetor.* Bijotol co drugi dzień. Przypalanie ziarniny, która nadmiernie się rozrasta. Ilość wydzieliny szybko i wyraźnie zmniejsza się. Po 20 dniach od dnia operacji rana sucha.

4. Chory Sz. I., lat 24. *Ot. med. ac. sinistra, mastoiditis. St. septicus, absc. perisinuosus.* Po wydłutowaniu wyrostka spadek ciepłoty. Później przerzutowa ropowica uda prawego. Nacięcie, następnie ropowica lewego uda i również nacięcie. Rana ucha atoniczna, szara, źle się goi, wyciek z ucha. Stosujemy Bijotol do rany. Ziarnina zdrowa szybko wypełnia jamę pooperacyjną, wydzielina z ucha znikła. Zasklepienie się rany za uchem oraz pokrycie się zdrową warstwą naskórka.

5. Chora W. H., lat 23. *Mastoiditis gripposa sinistra.* Neuralgiczne bóle bardzo silne. *Mastoidotomia.* Rana źle się goi (wczesna operacja!). Bijotol. Szybkie ustanie bardzo obfitego ropienia, poprawa ogólna, nierównomierne ale stałe narastanie naskórka.

6. Chory G. L., lat 6. *Ot. med. ac. sinistra. Mastoiditis. Antrotomia.* Zasypki Bijotolem. Po 3 tygodniach rana zagojona.

7. Chora B. L., lat 28, dziennikarka. Przed 3 laty antrotomia. Obecnie po grypie ropienie w bliźnie; otwarto wyrostek w bliźnie i zrewidowano ranę, wyskrobując kość. Szwy. W dolnym biegunie rany zostawiono sączek, który usunięto na 5 dzień, zasypki Bijotolem od 12 dnia choroby. Po 3 tygodniach rana zagojona. Bujającą nadmiernie ziarninę przypalano.

8. Chory J. K. *Ot. med. ac. bilat. Mastoiditis. dextra. morbiloza.* Stan ciężki. Rentgenologicznie zniszczenie wyrostka, potwierdzone na operacji. Rana źle się goi, *foetor,* wydzielina ciągnąca się. Noso-gardziel bez zmian. Bijotol co drugi dzień. Zmniejszenie się wydzieliny. Narastanie ziarniny i naskórka, zapach ustąpił. Szybka poprawa.

W nosie stosujemy Bijotol przy pierwszym opatrunku po zabiegach wewnątrznosowych. Gdy usuwając sączki mamy prawie zawsze jeszcze krwawienie, przysypka Bijotolu krwawienie to powstrzymuje. Biorąc pod uwagę jeszcze i to, że bakterie znajdujące się w nosie w środowisku krwi, śluzu, tamponów i wilgoci, mają najlepsze warunki do rozwoju, przysypka antyseptyczna w rodzaju Bijotolu działa na ich rozwój hamująco i zabójczo.

Poza tym ma się wrażenie, że Bijotol wywołuje szybką odnowę zdrowej śluzówki. Przysypki Bijotolu po nosowych operacjach stosowaliśmy w przeszło 50 wypadkach, stwierdzając stale ich dodatni wpływ.

Stosowaliśmy również Bijotol w przypadkach przewlekłych ropotoków usznych mezotympanalnych z dużymi ubytkami błony, uzyskując często dobre wyniki: ustanie lub co najmniej zredukowanie do minimum wydzieliny. Należy jednak być ostrożnym, ponieważ Bijotol jest proszkiem dość grubym i zasypanie otworu może wywołać zatrzymanie odpływu ropy ze wszystkimi towarzyszącymi temu stanowi objawami.

Resumując nasze spostrzeżenia dochodzimy do wniosku, że Bijotol ma następujące zalety:

1. Działa silnie odkażająco.
2. Zmniejsza wybitnie ropienie.
3. Powoduje szybki (a *niekiedy nawet nadmierny) rozrost zdrowej ziarniny.*
4. Działa tylko w *pewnym stopniu* odwaniająco.
5. Może służyć do zmniejszenia krwawienia.
6. Nie wywołuje objawów toksycznych.
7. Nie działa drażniąco na śluzówkę.
8. Łatwo się rozpyla.
9. Jest tani.
10. Nie wymaga specjalnych sposobów przechowywania.

Wobec tych zalet Bijotol może znaleźć zastosowanie jako przysypka po operacjach ucha, nosa i gardła.

Bibliografia

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie

Nowiny Lekarskie. Z. 6. 1939. Malczyński St.: O próbach ustalenia genezy zmian cholesterolu we krwi w następstwie zadziałania energii promiennej. — Osiński M.: Przyczynek do chemoterapii rubrofenem gruźlicy pozapłucnej u dzieci. — Sawilski H.: W sprawie wartości diagnostycznej opadania krwinek i hemogramu Schillinga w przypadkach ciąży pozamacicznej. — Michałkiewicz W.: Estetyka i studia lekarskie.

Medycyna. Nr 5. 1939. Guy Laroche, Simonnet H., Bompard E. i Huet J. A.: Określenie pomiarami ilościowymi wyników leczenia męskim hormonem płciowym. — Serini M.: Obecność maczugowca błonicy w pochwie rodzących i przenoszenie się jego na dziecko. — Blaser E.: Saprofityczne kwasooporne prątki w metalowych instrumentach dętych oraz w kranach wodociągowych. — Goldenberg F.: Obserwacje kliniczne nad działaniem nowego związku azobenzenowego (infectosan). — Mitrinović A.: Badanie funkcjonalnych zaburzeń toru oddechowego.

Lekarz Polski. Nr 3. 1939. Pierasiewicz A.: Zagadnienie polityki ludnościowej i społeczno-zdrowotnej Państwa. — Kacprzak M.: Medycyna zapobiegawcza na wsi (ze szczególnym uwzględnieniem ostrych chorób zakaźnych i społecznych). — Babecki J.: Zagadnienie reformy studiów lekarskich w Polsce. — Dmochowski L.: O organizacji walki z rakiem w Anglii.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 10. 1939. Siedlecki Z.: Rak wargi dolnej (dok.). — Tołczyński B.: W sprawie patogenezy ostrego ropnego zapalenia wyrostka sutkowego bez ropotoku usznego. — Schmalholz S.: Lokastyna, nowy związek chemiczny o działaniu znieczulającym miejscowo (dok.). — Prażmowski Wł.: Zwalczanie duru plamistego na terenie województwa wileńskiego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 11. 1939. Jochweds B. i Wajngot A.: Badania kliniczne nad szybkością krwiobiegu metodą sacharynową Liana i Facqueta. — Przesmycki F. i Zandowa N.: Badania doświadczalne nad udziałem opon mózgowo-rdzeniowych w schorzeniach ogólnych. — Dobryszycki St.: Uwagi o wskazaniach, przeciwwskazaniach i technice biopsji w odbytnicy. — Prażmowski Wł.: Zwalczanie duru plamistego na terenie województwa wileńskiego (c. d.).

Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr 1. 1939. Felc W.: Dwie kule w jednym kanale postrzałowym (samobójstwo). — Lewiński W. i Manczarski S.: I Międzynarodowy Kongres Medycyny Sądowej i Społecznej (Bonn, wrzesień 1938). — Strohal E.: Śmierć w wannie jako zagadnienie sądowo-lekarskie.

Medycyna Praktyczna. Z. 4. 1939. Polewski St. i Pawłowski S.: Kilka uwag o tegorocznej epidemii grypy. — Polewski St.: Zatrucie przy schorzeniach wyrostka robaczkowego. — Łobacz St.: Rozwój wargi zajęczej. — Bross K.: W imię prawdy. Na marginesie obchodu 50-lecia Nowin Lekarskich.

Życie Lekarskie. Nr 6. 1939 (dawniej Nowiny Społeczno-Lekarskie). Schreiber A.: Warunki pracy i płacy lekarzy szpitalnych (c. d.). — Piechowiak K.: O potrzebie samochodu dla lekarza.

Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. Nr 1. 1939. Gutentag St.: Szkoły dla dzieci chorych na jaglicę w Łodzi. — Piekarski Cz.: Rozpowszechnienie jaglicy i walka z nią w Italii. — Bogdanowicz H.: Czołówka okulistyczna w Dubnie.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 3. 1939. Lakner L.: Chemoterapia w przypadkach zakażenia ustnego i zachorzeń ropnych jamy ustnej i szczęk. — Jankowski H.: Znaczenie wapnia w przemianie materii (dok.). — Radosević: Fizjologia i patologia zęba.

Prasa Lekarska. Nr 5. 1939. Müller-Deham A.: Choroby przemiany materii w wieku starczym. — Ber A.: Zarys endokrynologii w świetle współczesnych badań. Cz. V.

Wiadomości Lekarskie. Nr 3. 1939. Hozer J.: Znaczenie zasad ogólnych umów między ubezpieczalniami a lekarzami.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 11. 1939.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 12. 1939.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 13. 1939.

Farmacja Współczesna. Nr 1. 1939 (z dodatkiem: Acta Poloniae Pharmaceutica. Nr 1. 1939).

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 3. 1939.

Młoda Matka. Nr 6. 1939.

Pielęgniarka Polska. **Nr 3. 1939.**

Oceny

Nowoczesna Encyklopedia Zdrowia. Pod redakcją dra Adolfa Rząśnickiego. T. II. Wydawnictwo „Minerwa". Warszawa. Str. 397.

Na treść tego tomu składają się ustępy pióra wybitnych naszych uczonych, którzy w sposób jasny, przystępny starali się wyłożyć odpowiednie sprawy tym, dla których N. E. Z. jest przeznaczona.

Dwa pierwsze rozdziały omawiają rozwój historyczny leczenia chorób (prof. Szumowski) i rys historyczny lecznictwa chirurgicznego. Następne rozdziały zawierają: „Rozpoznawanie chorób", „Podstawowe zjawiska chorobowe i ich wytłumaczenie", „Nowotwory". (Może nieraz zbyt wiele powiedziano o rzeczach, które mogłyby być pominięte, np. opis prób na białko i cukier i inne tłumaczy to się chęcią uniknięcia powtarzania), „Uwagi wstępne" do rozdziału „Choroby serca i naczyń krwionośnych" (pióra prof. Lubienieckiego). Nie ulega wątpliwości, że zaznajomienie z badaniem lekarskim jest celowe, bo często chory nie może zrozumieć postępowania lekarza przy badaniu chorego. Daje ono więc zrozumienie dla czynności lekarskich, co może ułatwić badanie chorego i porozumienie z nim. Bardzo ładnie i obrazowo jest przedstawiona sprawa chorób serca i naczyń krwionośnych. Ustęp ten czyta się z przyjemnością. Podano tu sposób powstawania, przyczyny chorób, objawy, pielęgnowanie chorego, wskazówki higieniczne i ogólne, zwrócono uwagę na ważność zaleceń lekarskich, przy czym często spotyka się przestrogi przed działaniem „na własną rękę". Interesująco jest napisana „Odporność w chorobach zakaźnych"; opisano tu, co to jest, jak powstaje i jakie są rodzaje. Omówiono szczepionki, surowice odpornościowe, grupy krwi itd. Następny rozdział poświęcono opisowi chorób zakaźnych, a rozdział ten ma szczególne znaczenie w popularyzowaniu tematu, tu omówionego. Zakończono tom II opisem gruźlicy płuc.

Rzecz jest bogato ilustrowana, zawiera liczne ryciny, tablice barwne na kredowym papierze, co podnosi niewątpliwie wartość wydawnictwa. Szata zewnętrzna jest okazała. Nie zapomniano wymienić i podkreślić znaczenia uczonych polskich dla nauk lekarskich.

Sprawą przykrą są błędy językowe, których jest niemało. Wymieńmy tylko niektóre: platfus (tablica między stroną 48 a 49), skomprymowane powietrze (str. 87), zastrzyknięcie surowicy jest wskazane w stosunku do dzieci (str. 272), szprycką (str. 326), dur brzuszny poraża człowieka (str. 336), tak samo poraża wąglik, promienica, kur, koklusz (str. 354), 368, 272, 287). Inne niewłaściwości językowe, jak: pacjent, lokalny, reaguje, uświadomienie co do istoty (zam. o isto-

cie), przepuszczalny względem, terapia, zmiany ze strony moczu (zam. w moczu lub moczu), infekcja, pojedynczy (zam. poszczególny, nieliczny), urządzić chorego w pozycji (zamiast ułożyć), izolacja, komplikacja itd. Sporo jest też błędów korektorskich: str. 86 Rentgen zam. Roentgen, na str. 177 rycina jest znakowana 1—5, a nie podano tzw. legendy, dalej skurcz czyli napięcie, powiny — str. 155, tunus — str. 165, skrucz (skurcz) — str. 326, jeseń (jesień) — str. 288, całkowite (zam. całkowicie) — str. 290, w zależności do typu (zam. od) — str. 299, ale się nie przeziębił się — str. 305, wybór środka należy od lekarza — str. 308, poczas (podczas) — str. 312, na str. 315 jest powtórzonych 8 słów dwa razy, w 1 cm³ 2—3 miliony c. cz. (zam. w 1 mm³) — str. 321, samoistego (samoistnego) — str. 325, itd. Jest prócz tego szereg niedopatrzeń ogólnych i szereg niejasnych określeń (choćby np. okres drugiego dzieciństwa). Tabela na str. 48—49 jest wprost bezużyteczna, bo jest tak przełamana, że nie widać w całości ani napisów, ani rycin.

Mimo tych usterek wydawnictwo ma swoją wartość dzięki temu, że poszczególne rozdziały są napisane jasno i zrozumiale, a przebija z nich ich cel, to jest zwrócenie uwagi niefachowego czytelnika na ważność drobnych czasem dolegliwości, na konieczność wczesnego zwracania się po poradę lekarza i wczesnego rozpoczynania leczenia. Taka propaganda jest szczególnie zalecona w sprawach nowotworowych i zakaźnych. Wytknięte błędy nie zmniejszają bynajmniej wartości wydawnictwa, zostaną one niewątpliwie usunięte przy następnym wydaniu, a jego szybkiego ukazania się szczerze wydawnictwu życzyć należy.

G. B. (Lwów).

Leczenie schorzeń ropnych płuc (Traitement des suppurations pulmonaires). V. CORDIER i P. L. MONNIER-KUHN. Masson et Cie. Str. 174, 1938.

W książce swej rozważa autor zagadnienia patogenetyczne i kliniczne schorzeń ropnych płuc, przy czym dochodzi do wniosku, że schorzenia ropne płuc (ropień, rozstrzenie oskrzeli, zgorzel) wykazują pod względem przebiegu klinicznego znaczne podobieństwo. Jakkolwiek klasyfikacja i podział tych schorzeń są uzasadnione ze względów anatomo-patologiczny i nozologicznych, to jednak, jeżeli chodzi o ustalenie odpowiedniego postępowania leczniczego, winno się je rozpatrywać pod jednym kątem widzenia, mianowicie najważniejszą wytyczną w wyborze postępowania jest rozwój kliniczny schorzenia. W ostrych ropniach płuc wskazane jest początkowo leczenie zachowawcze; prócz ogólnie stosowanych środków leczniczych (alkohol, będźwinian sodu, środki balsamiczne, szczepionki), poleca autor opróżnianie oskrzeli bronchoskopem *(bronchoscopothérapie)* albo układanie chorego w pochyłym położeniu dla umożliwienia samoistnego opróżniania ropnia *(drainage de posture).* W ropniach przewlekłych, nie poddających się leczeniu zachowawczemu, stosować należy dwuczasowe otwarcie ropnia. Metody leczenia uciskowego (odma, torakoplastyka, wyrwanie nerwu przeponowego) zarówno w ropniu i zgorzeli płuc, jako też w rozstrzeniach oskrzeli nie dają korzystnych wyników. W leczeniu rozstrzeni oskrzeli oraz w niektórych postaciach przewlekłych ropni płuc, zwłaszcza mnogich, wskazane jest wycięcie płata lub jednostronne wycięcie płuca. Poglądy autora na leczenie schorzeń ropnych płuc, oparte na dużym materiale klinicznym (400 przypadków), doskonale odzwierciedlają nowoczesne kierunki lecznicze w chirurgii płuc.

W. Bross (Lwów).

Chirurgia w wypadkach nagłych (Notchirurgie bei lebensbedrohenden Funktionsstörungen). F. STARLINGER. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1939. Str. 420.

Nagłe wypadki oraz ostre schorzenia wymagają szybkiego rozpoznania, a co ważniejsze, postawienia wskazania do postępowania chirurgicznego. W tym, tak trudnym nieraz dla chirurga zadaniu, stara się autor przyjść z pomocą, zbierając w swojej książce cenne uwagi, oparte na wieloletnim własnym doświadczeniu. Autor omawia kolejno postępowanie chirurgiczne w groźnych dla życia zaburzeniach krążenia, a więc w przypadkach operacyjnej niedomogi krążenia, zatoru tętnicy płucnej i innych naczyń, różnego rodzaju krwotoków. Ważne z kolei miejsce zajmują groźne dla życia zaburzenia w oddychaniu, a więc porażenie ośrodków oddechowych (znieczulenie lędźwiowe, środki narkotyczne) oraz utrudnienie mechaniczne oddychania, wskutek przyczyn działających na drogi oddechowe lub na same płuca. W końcowych rozdziałach zawarte są uwagi, dotyczące postępowania w zaburzeniach wydzielania i wydalania moczu, wreszcie uwagi poświęcone zakażeniu ogólnemu, dynamice jego rozwoju i towarzyszącym mu procesom biologicznym. Wywody swoje obrazuje autor często licznymi własnymi przypadkami klinicznymi, których opisy są szczególnie cenne i pouczające.

W. Bross (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa

Tematy ogólne

Krążenie pierwiastków w przyrodzie. I. LATINIK-VETULANI. Biblioteczka Biologiczna. Z. 10. Książnica-Atlas. Lwów—Warszawa. Str. 58. Zł 1.20.

Zwarta ta książeczka poświęcona jest omówieniu niektórych pierwiastków ważnych dla życia i ich cyklicznych przemian w przyrodzie.

Przedstawia zatem krążenie węgla, jego występowanie w przyrodzie, źródła organiczne i nieorganiczne dwutlenku węgla, przyswajanie CO_2 przez rośliny i bakterie samożywne, pobieranie węgla w postaci substancji organicznych przez organizmy niesamożywne, dalsze losy węgla i jego powrót do świata nieorganicznego, a mianowicie spalanie w ustroju oraz odkładanie w formie węglanu wapnia.

W dalszym ciągu omawia autorka krążenie azotu, przedstawiając przyswajanie go przez bakterie i inne sposoby wiązania azotu z powietrza, wskazuje, w jakiej postaci mogą rośliny przyswajać substancje azotowe, omawia pobieranie substancyj azotowych przez zwierzęta i przeróbkę w organizmie zwierzęcym, dalsze losy azotu przy odbudowie ciał azotowych i przy gniciu substancji organicznej, tworzenie amoniaku i działalność bakteryj nitryfikacyjnych i denitryfikacyjnych. Krążenie węgla i azotu ilustruje autorka schematami.

Dzieje siarki są przedstawione zwięźlej ze wskazaniem na działalność bakteryj, przeprowadzających desulfurację oraz bakteryj siarczanych. W końcu omówione są pokrótce losy niektórych innych pierwiastków, a mianowicie fosforu, krzemu, jodu, wapnia, żelaza i tlenu.

K. A. (Lwów).

Instynkt i jego przejawy w świecie zwierzęcym. R. J. WOJTUSIAK. Biblioteczka Biologiczna. Z. 11. Książnica-Atlas. Lwów—Warszawa. Str. 70. Zł 1.40.

Autor przedstawia w przystępny sposób pojęcie instynktu i czynności instynktowych na tle innych ruchów i czynności zwierząt. Osobno zwraca przy tym uwagę na zagadnienie plastyczności instynktów, które obecnie stanowi jeden z głównych ośrodków zainteresowania biologów.

Po tej ogólnej części przechodzi autor po kolei najważniejsze grupy czynności instynktowych zwierząt, ilustrując je najbardziej charakterystycznymi przykładami. Omawia więc instynkt zdobywania pokarmu, obrony przed wrogami i niekorzystnymi warunkami zewnętrznymi, utrzymywania czystości, wędrówek, rozrodu i wiążącej się z nim opieki nad potomstwem, a następnie budownictwa, życia gromadnego, powrotu do gniazda i orientacji w przestrzeni oraz zabawy. Osobno podkreślona została zależność instynktów od budowy i czynności systemu nerwowego, hormonów itp. Kończą całość rozważania na temat pochodzenia instynktów i biologicznej roli, jaką odgrywają one w każdej dziedzinie życia zwierzęcego.

K. A. (Lwów).

Patologia

Niemiły zapach z ust. G. SANARELLI. Presse méd. Nr 79. 1938.

Autor omawia różne hipotezy, starające się wytłumaczyć powstawanie *„fetor ex ore"*, i dochodzi do wniosku, że substancje zapachowe nie mogą powstawać ani w żołądku, ani w jelitach albo w płucach, jak to niektórzy przyjmują. Przyczyny są czysto miejscowe, chociaż zaburzenia jelitowe lub żołądkowe mogą umożliwiać powstawanie niemiłego zapachu. Autor przekonał się doświadczalnie hodując bakterie wyosobnione z jamy ustnej, że one to wywołują przykry zapach. Mianowicie bakterie gnilne rozkładając produkty białkowe tworzą połączenia aminowe (trójmetyloamina itp.), które posiadają szczególnie niemiły zapach. Streptokoki z jamy ustnej hamują rozwój tych bakteryj gnilnych, ponieważ nawet przy nieznacznej ilości węglowodanów zakwaszają pożywkę i uniemożliwiają rozwój tamtych bakteryj. Hodowla bakteryj z kamienia nazębnego w środowisku białkowym wytwarza niemiły zapach, ale czysta hodowla tych bakteryj gnilnych tego nie daje. Prawdopodobnie róż-

ne odmiany bakteryj z jamy ustnej współdziałają ze sobą. Taki sam synergizm bakteryj w wytwarzaniu zapachu przyjmuje się również w cuchnącym nieżycie nosa *(ozaena)*, ponieważ czyste rasy *bact. ozaenae* tego zapachu nie dają. U człowieka zdrowego rozwój bakteryj gnilnych w jamie ustnej jest utrudniony wskutek stałego wydzielania śliny, rozkładającej węglowodany, co ułatwia rozwój streptokoków. Ponadto ślina sama działa lekko bakteriobójczo, zarówno chemicznie, jak i fizycznie przez ciągłe przepłukiwanie jamy ustnej. W przypadkach zaburzeń w wydzielaniu śliny, które mogą być miejscowe, lub ogólne, oraz odruchowe ze strony żołądka lub jelit, zmieniają się warunki w jamie ustnej i wtedy bakterie gnilne mogą się zacząć rozwijać, co powoduje powstawanie niemiłego zapachu z ust.

W. Skowroński (Lwów).

Działanie jadu ropuchy na serce. R. LUTEMBACHER. Presse méd. Nr 80, 1938.

Jad ropuch, wydzielany przez gruczoły skórne, został już dawniej wyosobniony w postaci krystalicznej i nazwany bufotaliną. Działa ona na serce, podobnie jak glukozydy naparstnicowe. Autor przeprowadzał badania z jadem ropuch, które zostały dostarczone z Marokka i Algieru. Jad wyosabniał z gruczołów przyusznych, które przecinał i wyciągał alkoholem. Wydzielina z gruczołów posiada wygląd śmietankowatej ropy o mdłym zapachu. Po odparowaniu alkoholu i po kilkakrotnym przekrystalizowaniu otrzymuje się masę krystaliczną. Z jednego gruczołu otrzymywał od 0,03—0,08 mg. Dawka trująca dla królika przy wstrzyknięciu dożylnym wynosiła 5—8 mg. Występowały ekstrasystolie, często uderzenia serca grupowały się po dwa lub po kilka skurczów szybko po sobie następujących, czasem można było stwierdzić blok przedsionkowo-komorowy. U młodych królików rytm zwalniał się do 60 uderzeń, charakterystyczne dla królików jest również trzepotanie przedsionków. Królik nie przyzwyczaja się do jadu ropuch, dlatego można go używać do oznaczania działania tego środka. Autor stosował ten środek również u ludzi. Podawał doustnie po 3—5 mg w ciągu 4 dni. Obserwował czasem nudności. Wstrzykiwał również dożylnie po 3 mg w ciągu 2—3 dni. Stwierdził, że środek ten działa na serce jak środki naparstnicowe, ale słabiej i krócej. Można by go stosować w stanach hiposystolii, ale w cięższych zaburzeniach krążenia, przy niedomodze mięśnia sercowego, nie może on zastąpić strofantyny lub digitaliny. *W. Skowroński* (Lwów).

Dusznica bolesna jest tylko jedna. V. AUDIBERT i LEGRÉ. Presse méd. Nr 83, 1938.

Autorowie nie zgadzają się z powszechnie przyjętym podziałem dusznicy bolesnej na prawdziwą i rzekomą, ponieważ mieli przypadek dusznicy ze zmianami anatomicznymi w tętnicy głównej na tle kiły, ale bez uczucia lęku i zbliżającej się śmierci. Omawiając patogenezę powstawania dusznicy podkreślają, że nie ma istotnych różnic pomiędzy dusznicą tzw. prawdziwą i rzekomą, tylko objawy zależą od tego, jak silnie skurczą się naczynia wieńcowe serca. Jeżeli te naczynia pozostaną częściowo otwarte, to napad będzie lekki, a jeżeli się zamkną i stan ten potrwa pewien czas, to napad będzie ciężki, albo też nastąpi nagła śmierć. Zazwyczaj bywa tak, że u chorych nie mających poważniejszych zmian anatomicznych, odruch bólowy przechodzący przez zwój gwiaździsty wywołuje tylko mniej lub więcej zaznaczony ból. Ta sama reakcja bólowa u chorych z poważniejszymi zmianami w sercu lub w nerwach może zablokować naczynia w sercu lub wywołać nagłe zaburzenie w przewodnictwie nerwów lub w ośrodkach opuszkowych.

W. Skowroński (Lwów).

Leczenie dusznicy bolesnej preparatem 883 F. A. CLERC, J. STERNE i J. P. LENOIR. Presse méd. Nr 85, 1938.

Autorowie od 2 lat stosują nowy preparat na razie nazwany 883 F (dwuetyloamino-metylo-benzodioksan) wytworzony przez Fourneau i Boveta. Leczyli dotąd 32 przypadki. Preparat podaje się doustnie w postaci tabletek po 0,05 g, w razie potrzeby dochodzi się do 3—4 tabletek dziennie. Dawki 0,2 g nie należy przekraczać, ponieważ mogą wystąpić zatrucia. Leczenie takie przeprowadza się miesiącami bez szkody. Z początku chory skarży się czasami na bóle głowy, senność, ale są to przypadłości nieznaczne, które szybko ustępują. Częściej zdarzają się zaburzenia żołądkowe (bóle, brak apetytu), co należy zwalczać przez podawanie płynów alkalicznych. Wyniki leczenia uzyskali bardzo dobre, szczególnie w dusznicy czystej (bez zmian poważniejszych w sercu lub naczyniach). Na 11 przypadków ciężkiej postaci, leczonej długo innymi środkami (a nawet operowanych w 7 przypadkach) uzyskano prawie zupełne wyleczenie, a u 2 chorych otłuszczonych napady zmniejszyły się, ale nie ustąpiły całkowicie. W dusznicy na tle zmian kiłowych w tętnicy głównej, wyniki były również dobre (4 przypadki). Natomiast w dusznicach z nadciśnieniem lub zaburzeniami elektrokardiograficznymi wyniki były słabsze, chociaż i w tych cięższych postaciach poprawa była znaczna. Czasem napady ustępowały, ale po pewnym czasie powracały z powrotem. Mechanizm działania tego preparatu nie jest znany. Posiada on własności przeciwbólowe i uspokajające, ale nieznaczne, dlatego też tym nie można wytłumaczyć korzystnych wyników. Działanie na układ sympatyczny jest słabe, może być, że środek ten działa na krążenie krwi w naczyniach wieńcowych serca i na mięsień sercowy. Obecnie autorowie rozpoczęli próby kliniczne z pokrewnym preparatem syntetycznym, który rozszerza naczynia wieńcowe serca i przeciwdziała skurczom włókienkowym. Stwierdzili, że i ten preparat usuwa napady dusznicy.

W. Skowroński (Lwów).

Zapalenie krwotoczne prostnicy. P. OURY i R. STIEFFEL. Presse Méd. Nr 79.

Autorowie oddzielają z grupy zapaleń grubej kiszki zapalenie krwotoczne prostnicy, uzasadniając to tym, że omawiana postać chorobowa ma przebieg łagodny i może mieć widoki wyleczenia ze względu na ograniczoną przestrzeń zajętą stanem zapalnym. Dla przedstawienia owego schorzenia, autorowie przytaczają dwa przypadki.

Pierwszy dotyczy kobiety, lat 34, która od 4 lat od czasu do czasu cierpi na krwawienia z kiszki stolcowej. W okresach między krwawieniami czuje się dobrze. W ciągu schorzenia straciła 9 kg na wadze. Chora była skierowana z rozpoznaniem krwawiących hemoroidów. Badanie rektoskopowe stwierdza typowe zapalenie krwotoczne prostnicy, cała powierzchnia błony śluzowej jest pokryta błonami, liczne krwawienia i podbiegnięcia krwawe. Zmiany te sięgają prawie do granicy między prostnicą a esicą; esica jest zupełnie prawidłowa. Równocześnie znajduje się mały wianuszek hemoroidów. Badanie bakteriologiczne stolca ujemne. Autorowie zastosowali doustnie bakteriofagi, lewatywy z emininy, które usunęły krwawienie. Leczenie trwało przez 3 miesiące. Badanie rektoskropowe po ukończeniu leczenia wykazywało stan prawidłowy. Drugi przypadek dotyczy kobiety lat 30, której stan zewnętrzny jest zadowalający, chora podaje, że od 3 miesięcy zauważyła przy oddawaniu stolca lub też niezależnie od tego krew w stolcu, przy czym wystąpiło zaparcie stolca i parcie na stolec. Badanie rektoskropowe stwierdza rozległe zmiany, zajmujące całą prostnicę, które sięgają do granicy między prostnicą a esicą. Powierzchnia błony śluzowej pokryta jest wybroczynami krwawymi, wielkości paznokcia i złuszczonymi nabłonkami, tworzącymi błonę. Błona śluzowa esicy zupełnie prawidłowa. Badanie bakteriologiczne stolca stwierdziło pierwotniaki czerwonki, mimo że chora nigdy nie opuszczała Europy. Leczenie stovarsolem bez wyniku. Zaczęto leczyć emetyną i jatrenem, po upływie 2 miesięcy leczenia objawy ustąpiły, badanie przy następnej kontroli wykazało stan prawidłowy błony śluzowej. W rok później znowuż krwawienie kiszki stolcowej bez gorączki, badanie rektoskropowe stwierdza zmiany anatomiczne jak poprzednio. Leczenie czerwonki nie sprawiło polepszenia. Najrozmaitsze środki lecznicze, zastosowane przez szereg miesięcy, nie dały pomyślnego wyniku. Po kilku miesiącach po zastosowaniu autohemoterapii, diatermii, lewatyw z emininą, obraz błony śluzowej się poprawia, po leczeniu uzdrowiskowym zupełny powrót do zdrowia. Autor zwraca uwagę na ten przypadek, wskazując, że początkowo odgrywały tu rolę ameby, lecz później obraz chorobowy uległ zmianie, leczenie przeciw amebom stało się bezskuteczne ze względu na pojawienie się krwotocznego zapalenia prostnicy jako wtórnego powikłania schorzenia na tle zakażenia amebami. Autor zbiera objawy owego schorzenia, podkreśla, że krwawienia kiszki stolcowej nie wywołują żadnych bólów. Ciepłota prawidłowa, stan ogólny dobry. Nigdy nie ma objawów niedokrwistości. Choroba przebiega z poprawami, obraz rektoskropowy jest charakterystyczny. Często jest rozpoznawane jako krwawienie po hemoroidach. Prognoza dobra. Co się tyczy leczenia, należy zwrócić uwagę na ogólne podniesienie organizmu, uregulowanie wypróżnień, podawanie bizmutu, arsenu 5-wartościowego i lewatywy z jatrenem. *W. Skowroński* (Lwów).

Mikrobiologia i serologia

O działaniu antagonistycznym i bakteriobójczym pewnych zarazków (w bulionie) na lasecznik tbc. in vitro i in vivo. M. PRICA. Lijecnicki Viesnik, 1938.

Doświadczenia *in vitro* w termostacie przy 37° dowiodły, że przesącze kilkudniowych kultur na bulionie ze *staphylococcus*

aureus, b. coli communis, b. prodigiosus i b. pyocyaneus działają antagonistycznie, czyli hamująco na rozwój laseczników tbc. Kultury tbc. na pożywkach, według Löwensteina, po 30 dniach przy 27° zostały jałowe przy zadziałaniu na nie przesączów bulionowych ze *staphylococcus* w ciągu 24 godzin lub *b. pyocyaneus* przez 48 godzin do 5 dni, czy *b. prodigiosus* przez 5 dni lub też *b. coli communis* w ciągu 3 dni. Przesącze te wywoływały głębokie zmiany w lasecznikach tbc., gdyż hamowały na szczepionych pożywkach zarówno wzrost, jak i zdolność rozmnażania się prątka tbc.

Natomiast przesącze *sarcina flava* i *actynomyces asteroides* nie miały wpływu na prątki tbc. Dodanie 6 cm³ *staphylococcus aur.* lub *b. pyocyan.* filtratów do pożywki Löwensteina nie tylko opóźnia i osłabia rozwój kolonij tbc., lecz zmniejsza ilość tych kolonij w porównaniu z pożywkami kontrolnymi.

Dalej badania biologiczne na świnkach morskich wykazały, że 30-dniowe działanie filtratu *b. prodigiosus* lub *b. pyocyan.* przy 37° zabija laseczniki tbc., a 24-godzinne działanie filtratu *staphyloc. aur.* zmniejsza wybitnie zjadliwość tbc. u świnek morskich.

Wynika stąd, że przesącze wspomnianych bakteryj mogą działać na *bac. tbc., typus humanus* bakteriobójczo i hamująco na rozrost. *Dziulikowska* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna

Polityka społeczna a zdrowie rasy we Włoszech. Rassegna della previdenza sociale. Nr 9, 1937.

W roku ubiegłym odbyła się we Włoszech wystawa kolonij letnich i opieki nad dzieckiem. Wystawa ta mieściła się w 13 luksusowych pawilonach i świadczyła o ogromie pracy i wysiłków, jakie poświęca faszyzm dla zdrowia rasy. Kładzie on główny nacisk na opiekę nad matką i dzieckiem oraz na podniesienie stanu fizycznego i duchowego młodych pokoleń. Z inicjatywy Narodowej Partii Faszystowskiej odbył się jednocześnie cykl odczytów i konferencyj, w których uczestniczyli przedstawiciele Dyrekcji służby zdrowia, Ministerstwa Wychowania, Ministerstwa Sprawiedliwości, organizacji dziecięcej „Balilla", przedstawiciele lekarzy, akuszerek, Czerwonego Krzyża, delegaci federacji faszystowskiej dla walki z gruźlicą, delegaci Centralnego Instytutu Faszystowskiego, Opieki Społ., przedstawiciele klinik dziecięcych oraz instytutów medycyny sądowej uniwersytetów włoskich.

Z ważniejszych tematów, które szczegółowo przedyskutowano, wymienić należy: 1) „Propaganda higieny, zapobieganie i leczenie schorzeń jamy ustnej i zębów u dzieci w szkołach". 2) „Znaczenie racjonalnego wyposażenia szkoły, wartość wychowawcza propagandy przy pomocy kina". 3) „Możliwości i granice współpracy lekarzy gminnych w akcji zapobiegawczej i opiece społecznej". 4) „Włoskie stacje klimatyczne — w służbie profilaktyki dziecięcej". 5) „Opieka i propaganda higieny na koloniach letnich". 6) „Rola akuszerek w zapobieganiu poronieniom i śmiertelności podczas i po porodzie". 7) „Wpływ otoczenia i czynników społecznych na śmiertelność dzieci". Poza tym poruszono jeszcze następujące zagadnienia: opieka sanitarna, walka z gruźlicą i chorobami wenerycznymi wśród młodzieży, zadanie lekarza w polityce demograficznej, odżywianie dziecka, obowiązkowe zgłaszanie przypadków ciąży, opieka nad matką i dzieckiem.

Akcja kolonij letnich odgrywa ważną rolę w całokształcie włoskiej polityki demograficznej — i stoi we Włoszech na szczególnie wysokim poziomie. Pierwszą kolonię zorganizowano w 1921 roku, gościła ona 225 dzieci. W 1925 roku na koloniach było już 15.000 dzieci. W 1928 roku zorganizowano 412 kolonii, z 80.000 dziećmi, a w r. 1930 — 700, na których przebywało 110.000 dzieci. W roku 1932 — kolonie objęły 330.517 dzieci, w roku 1933 — 405.142, w roku 1934 — 505.635, w roku 1935 — 508.681, w roku 1936 — 690.756, a w roku 1937 — 741.034.

Rozszerzenie zasiłków dla pracowników, mających na utrzymaniu dzieci, we Włoszech. Rassegna della previdenza sociale. Nr 7, 1937.

W roku ubiegłym zostały wprowadzone obowiązkowe zasiłki dla dzieci, będących na utrzymaniu głowy rodziny, pracującej u innych osób. Z zasiłków nie korzystają: dzieci pracowników, którzy zarabiają miesięcznie powyżej 2.000 lirów, służba domowa, dzierżawcy i osadnicy rolni.

Zasiłki rodzinne nie mogą być wypłacane tytułem odszkodowania za wymówioną robotnikowi pracę, ani zaliczone na poczet składek na ubezpieczenie społeczne, nie mogą być również zajęte sekwestrem ani zastawione.

Robotnik, pracujący jednocześnie w kilku przedsiębiorstwach, ma prawo do zasiłków jedynie za pracę w jednym z nich.

Zasiłki rodzinne są wypłacane: a) w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, w czasie przejściowej niezdolności do pracy, b) w przypadkach nieobecności przy pracy spowodowanej chorobą, c) w razie nieobecności na skutek ciąży, d) w razie odbywania służby wojskowej, e) w przypadkach bezrobocia u robotników, podlegających przymusowi ubezpieczenia od bezrobocia.

Ciężary zasiłków ponoszą pracodawcy oraz robotnicy.

Pracodawca, który nie płaci składek w terminie przepisowym, lub płaci je według niższej niż powinien skali, może być zmuszony nie tylko do wpłacenia zaległości, ale i kary w wysokości od 100 do 1000 lirów.

Jeżeli potrąca robotnikom większe kwoty niż należy, podlega karze od 200 do 2.000 lirów. Pracodawca oraz pracownicy, którzy uchylają się od kontroli czynników nadzorczych, lub wprowadzają je w błąd fałszywymi lub niekompletnymi zeznaniami — podlegają karze od 200 do 3.000 lirów.

W sensie odpowiedniego punktu dekretu — za głowę rodziny, która ma prawo ubiegać się o zasiłek, uchodzi: a) ojciec, b) matka, wdowa lub niezamężna z dziećmi nieuznanymi przez ojca, będąca w separacji lub opuszczona przez męża, jeżeli mąż jest inwalidą lub stale niezdolnym do pracy, bezrobotnym i nie korzystającym z zasiłków dla bezrobotnych, jeżeli mąż służy w wojsku w stopniu szeregowca, lub jest zatrzymany przez władze sądowe, c) pracownicy, mający na utrzymaniu braci, siostry, wnuków, jeśli ojciec ich stracił całkowitą zdolność do pracy i jeśli matka nie korzysta z zasiłków rodzinnych, d) pracownicy, którym w sposób przepisowy dano w opiekę podrzutki.

Dzieci przyjęte na wychowanie i adoptowane pod względem prawnym są równouprawnione całkowicie z dziećmi pochodzącymi z formalnie zawartego małżeństwa.

Zasiłki są wypłacane w zasadzie do 14 roku ich życia. Granica ta może być przesunięta do 16 lat jeśli: a) dziecko pod względem umysłowym lub fizycznym jest niedorozwinięte, b) jeśli dziecko uczęszcza do szkoły zawodowej I stopnia. Dla dzieci urzędników granica ustalona jest na 18 lat.

Zawód matki. MARIA DIEZ GASCA. Difesa sociale. Nr 11—12, 1937.

Doceniając ważność przygotowania dziewcząt włoskich do późniejszej roli matki i gospodyni, zostaną utworzone z inicjatywy Ministerstwa Oświaty specjalne i przymusowe kursy dla wszystkich bez wyjątku dziewcząt, gdzie otrzymają one niezbędne wiadomości do należytego spełnienia roli wyznaczonej dla nich przez naturę.

W celu poznania skłonności dziewcząt włoskich w wieku lat 14—18, rozpisano ankietę. Odpowiedzi, zwykle dość szczere, zwłaszcza u młodszych dziewcząt, są bardzo charakterystyczne. Świadczą one o wielkim zamiłowaniu do sportów i kina i w większości wypadków o niechęci do zajmowania się pracami domowymi. Tylko 10% ma w tym kierunku pewne skłonności, a 27% deklaruje zupełną odrazę. O rodzinie piszą bez entuzjazmu, wynosząc prawdopodobnie niemiłe wspomnienie z domu swoich rodziców. Niewielka liczba dziewcząt pragnie mieć dużo dzieci, gdyż „liczne rodziny to źródło wielkich kłopotów i nieopisanych trudów". Mąż w pojęciu dziewcząt winien być ideałem człowieka, winien jednoczyć siłę i uczciwość wg jednych, zdrowie i pracowitość według drugich, wreszcie pobożność i inteligencję u innych. Te dość niewesołe wyniki ankiety, z punktu widzenia demograficznego — skłaniają Ministerstwo Oświaty do przedsięwzięcia pewnych środków, w celu zmiany nastawienia dziewcząt włoskich.

Z działalności poradni przedślubnych. WALBAUM. Zeitschrift für aerztliche Fortbildung. Nr 22, 1937.

Poradnia, której działalność omawia autor, istnieje w Berlinie od r. 1933. W ciągu 4 lat swej pracy dała bardzo dobre wyniki. Ilość zgłoszeń w sprawie wydania świadectwa przedślubnego, udzielenia pożyczek z powodu zamążpójścia oraz porad w wyborze kandydatów do małżeństwa wyniosła w ciągu wymienionego okresu istnienia poradni 7000. Podań o udzielenie pożyczki było 3000, z tego odrzucono 55. Z liczby podań o wydanie świadectwa przedślubnego nie uwzględniono 14. W 63 wypadkach, mimo tego, że ustawa zezwala na małżeństwo, odradzono zawarcia związku. Decyzja wszystkich postanowień opierała się na wynikach przeprowadzanych badań rentgenologicznych, klinicznych i obserwacyj dokonywanych przez neurolo-

giczne i psychiatryczne komisje rzeczoznawcze. Niezależnie od powyższych badań, za podstawę do orzekania o dziedzicznym stanie zdrowia kandydatów i ich rodziny służyły dane archiwalne okręgu, dane powiatowego urzędu opieki społecznej oraz urzędu zdrowia. Obrazują one stan zdrowia rodzin danego obwodu. Kompletowanie danych, dotyczących stanu zdrowia poszczególnych rodzin, daje coraz pełniejszy obraz zdrowotny rodu.

Świadectwo przedślubne wystawia Urząd Zdrowia, tylko na zasadzie posiadanych dokumentów, natomiast istotne badania może przeprowadzać zarówno Urząd Zdrowia, jak i praktykujący lekarze, specjalnie uprawnieni do tego. Niestety jednak, lekarze praktykujący nie biorą zbyt żywego udziału przy wymienionych badaniach. Przyczyna tego jest, po pierwsze — przeciążenie lekarzy pracą, co nie pozwala na podjęcie się przeprowadzania badań za zresztą bardzo skromnym wynagrodzeniem — 2 M., a które zajmuje około 3/4 godziny, po drugie — stosunkowo małe doświadczenie lekarzy w tej dziedzinie skłania niektórych z nich do odrzucania propozycyj przeprowadzania badań w poradniach Urzędu Zdrowia. Zresztą stanowisko ich jest słuszne, niekompletne bowiem zbadanie okazałoby się nie wystarczające i w konsekwencji Urząd Zdrowia musiałby je na nowo przeprowadzać we własnym zakresie. Autor artykułu podkreśla konieczność dokładnego opisu stanu przedmiotowego, bowiem zarówno niedokładne badanie, jak udzielanie niepełnych odpowiedzi na pytania zawarte w arkuszach do badania, może mieć przykre konsekwencje dla kandydata do małżeństwa, a nierzadko nawet może być powodem wniosku o obezpłodnienie.

Autor zaznacza, iż konieczność wystawiania świadectwa przedślubnego spotyka się przeważnie ze zrozumieniem społeczeństwa. W wypadkach, gdy wnioskodawca przez fałszywe dane chce wprowadzić w błąd lekarza, przeprowadzającego badanie, poradnia na mocy posiadanych dokumentów, prostuje nieprawdziwe zeznania i powoduje cofnięcie zezwolenia na małżeństwo.

W końcu artykułu autor, powołując się na pracę dr Gemelina pt.: „Polityka ludnościowa, a wczesne zawieranie małżeństw", stwierdza, iż przed zawarciem związku małżeńskiego istnieją już tzw. „małżeństwa biologiczne", rozpoczynające się zwykle u kobiet w 19 roku życia, a u mężczyzn w 21, oraz zaznacza od siebie, iż spośród wstępujących w związki małżeńskie, tylko 5% stanowili ci, którzy nie żyli płciowo przed ślubem. Resumując powyższe, autor wypowiada się za koniecznością stosowania się kandydatów do zasad wyrażonych w tzw. „10 przykazaniach" zdrowego Niemca.

Popieranie wcześniejszych małżeństw autor uważa za wskazane przez wzgląd na główny cel: pogodzenie małżeństwa biologicznego z aktem cywilnym. Nie należy bowiem, zdaniem autora, potępiać w czambuł utrzymywania bliższych stosunków przed ślubem, w razie niemożności zawarcia małżeństwa w danej chwili, jeżeli istnieje świadomość odpowiedzialności za ten stosunek oraz, gdy jak to poucza doświadczenie, luźny ten związek zostanie później ulegalizowany.

Autor zaznacza wyraźną obecnie zmianę w ocenie istoty związku małżeńskiego co do zachowania zdrowego pokolenia, która przejawia się w częstych przypadkach zgłaszania się kandydatów do stanu małżeńskiego, celem udzielania im wskazówek, porad, rozwiania ich wątpliwości co do zdrowia oczekiwanego potomstwa itp. Inaczej rzecz się przedstawia u tych kandydatów do małżeństwa, którzy zmuszeni są przez urzędników do poddania się badaniu. Poczucie odpowiedzialności jest u nich minimalne. Sprawa zdrowego potomstwa odgrywa tutaj poślednią rolę, a dominującą jest — życzenie zawarcia związku małżeńskiego. Odradzanie w danych wypadkach zawarcia związku pozostaje bez wyniku, ze względu na istniejącą w wielu wypadkach ciążę tak, że nie można zapobiec tutaj potomstwu.

W końcu artykułu autor nadmienia, iż obudzenie i pogłębianie w narodzie zrozumienia dla spraw dziedziczno-biologicznych i rasowych, okazywana urzędom zdrowia pomoc przez udzielanie rzeczowych i prawdziwych danych co do dziedziczno-biologicznych stosunków, ma również wielkie znaczenie dla sprawy, jak naturalnie i bezpośrednie badanie, co razem ułatwia zadania publicznej służby zdrowia, ponieważ lekarze praktykujący pozostają w bliższych stosunkach z rzeszą pracujących. Dla osiągnięcia więc pomyślnych wyników konieczna jest współpraca obustronna.

(Z przeglądu referatowego zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy. Rok II. Nr 5. Warszawa, 1938. — Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych).

Ruch w towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Związek Lekarzy Państwa Polskiego — Oddział w Baranowiczach

Protokół posiedzenia sekcji naukowej z dnia 13 lutego 1939 roku

Przewodniczący: Kol. Żarnowski

Kol. Narkun *przedstawia następujące przypadki z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Międzykomunalnego w Baranowiczach.*

I. *Ulcus bulbi duodeni perforatum.*

Chory J. T., lat 44. Od dłuższego czasu cierpiał na bóle w nadbrzuszu oraz zgagę, występujące po jedzeniu, ostatnimi czasy, mniej więcej od dwóch lat, odbijania siarkowodorem. Był leczony przez internistów z powodu nadkwaśności i nieżytu żołądka. Dnia 16 stycznia 1939 r. w nocy poczuł nadzwyczaj silny ból w nadbrzuszu, wystąpiły zimne poty, całą noc wymiotował. Z wieczora około godziny 6 już miał nudności i bardzo silne bóle. Stan obecny: budowa prawidłowa, wyniszczony, rysy twarzy zaostrzone, tętno 134 na min., nitkowate; w płucach bez zmian, tony serca głuche, powłoki brzuszne silnie napięte, przy obmacywaniu silna bolesność całego brzucha, stłumienie wątrobowe zniesione, język wilgotny.

Dnia 16. I. rozpoznano przedziurawiony wrzód odźwiernika żołądka do wolnej jamy brzusznej i przystąpiono do operacji. Od chwili przedziurawienia upłynęło 16 godzin. Operator dr Achmatowicz. Uśpienie eterowe, cięcie równoległe do prawego łuku żebrowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdza się dużą ilość wysięku surowiczo-ropnego, żołądek wykazuje na przedniej ścianie odźwiernika i opuszki dwunastnicy przedziurawienie; otwór przedziurawienia jest wielkości pięciozłotówki. Brzegi otworu modzelowate, twarde, nacieczone. Wycięto odźwiernik i trzecią część żołądka metodą Reichel-Polya. Kikut dwunastnicy zaopatrzono metodą Nissena w trzy piętra. Po wysuszeniu jamy brzusznej zamknięto ją na głucho, pozostawiając mały sączek w dolnym biegunie rany. Następnego dnia zastrzyknięto choremu 20 cm^3 Peritosanu dożylnie.

Dnia 29. I. chory wypisany na własne żądanie bez dolegliwości.

Na pokazanym preparacie widoczny jest okrężnie położony wrzód odźwiernika.

II. *Ulcus duodeni perforatum, cholecystitis acuta, appendicitis acuta gangraenosa.*

Chory J. P., lat 20, podaje, że od 4 dni zaczął odczuwać silniejsze bóle w nadbrzuszu, występujące w kilka godzin po jedzeniu i zgagę.

Dnia 25. I. 1939 r. bóle nagle silnie się wzmogły i wystąpiły żółciowe wymioty. Stan obecny: ciepłota 37,9°. Tętno 100 na min., język obłożony, wilgotny. W płucach brak zmian, serce bez zmian. Brzuch deskowato napięty, przy obmacywaniu stwierdza się silną bolesność pod prawym łukiem żebrowym i w okolicy kątnicy. Rozpoznano przedziurawienie wrzodu żołądka lub wyrostka robaczkowego. Stłumienie wątrobowe zachowane. Operacji dokonano w $4\frac{1}{2}$ godziny od początku choroby. Operator dr Achmatowicz. W uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do prawego mięśnia prostego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono zgorzelinowe zapalenia wyrostka robaczkowego. Usunięto go; rodzaj wysięku jamy brzusznej wskazywał na przedziurawienie dwunastnicy, wobec czego cięcie operacyjne przedłużono ku górze i równolegle do prawego łuku żebrowego. Wówczas stwierdzono: przedziurawiony wrzód położony na przedniej ścianie opuszki dwunastnicy oraz ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, albowiem był on rozdęty, przekrwiony i w najwyższym stopniu napięty. Wykonano wycięcie odźwiernika, trzeciej części żołądka i opuszki dwunastnicy metodą Reichel-Polya oraz usunięto pęcherzyk żółciowy. Jamę brzuszną zamknięto na głucho.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, chory wypisał się w 14. dniu po operacji bez dolegliwości.

III. *Ulcus curvaturae minoris ventriculi perforatum.*

Chory J. R., lat 44. Przybył dnia 15. XII. 1938 r. ze skargami na zgagę i bardzo silne bóle w dołku podsercowym, występujące po jedzeniu. Leczy się od kilku lat. Stolce ma zaparte. Stan obecny: Ciepłota 37,3°. Budowa prawidłowa, w płucach i w sercu brak zmian. Obmacywaniem stwierdza się silne napięcie powłok i bolesność w nadbrzuszu. Język wilgotny, tętno 84. W dniu operacji znaczne pogorszenie, wymioty, zapad.

Dnia 17. XII. operacja. Operator dr Achmatowicz. W uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono, że krzywizna

mała żołądka w pobliżu wpustu jest przyrośnięta do wątroby częściowo za pomocą starych, częściowo za pomocą świeżych zrostów. W wolnej jamie brzusznej mętny płyn w znacznej ilości. Żołądek nieruchomy. Wydzielono go z wielkim trudem, przy czym przekonano się, że ma się do czynienia z przedziurawieniem, które zostało przykryte płatem wątroby. Otwór przedziurawienia wielkości 10-złotówki, o brzegach kruchych, nacieczonych leżał na krzywiźnie małej w pobliżu wpustu. Dokonano wycięcia 2/3 żołądka łącznie z odźwiernikiem metodą Hofmeister-Finsterera.

Dnia 27. XII. róża nosa wskutek stałego drapania. Dnia 30. XII. rana pooperacyjna ropieje. Dnia 17. I. rana zagojona. Chory wypisany bez dolegliwości.

Pokazano preparat, który wykazywał olbrzymi wrzód na krzywiźnie małej żołądka.

IV. *Ulcus partis praepylorici ventriculi perforatum.*

Chory N. T., lat 40. Przybył dnia 11. XII. 1938 r. i podaje, że leczył się z powodu wrzodu żołądka kilkanaście lat. Przed dwoma dniami dostał nagle silnych bólów w nadbrzuszu, wymiotował. Stan obecny: ciepłota ciała 38,7°. Tętno 126/min., słabe; budowa prawidłowa; silne wychudzenie; w płucach i sercu brak zmian. Brzuch deskowato napięty, wzdęty, bardzo bolesny w podżebrzu prawym, stłumienie wątrobowe zniesione, język wilgotny.

Operacji dokonano w dwie doby od chwili przedziurawienia. Operator dr Achmatowicz. W uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do łuku żebrowego prawego dotarto do żołądka i stwierdzono — na przedniej jego ścianie w części przyodźwiernikowej otwór wielkości grochu; brzegi otworu modzelowate, kruche. W jamie brzusznej duża ilość ropnego wysięku. Dokonano wycięcia połowy żołądka metodą Hofmeister-Finsterera. Jamę zamknięto na głucho. Przebieg pooperacyjny poza nieznacznym ropieniem rany pooperacyjnej gładki. Dnia 13. I. 1939 r. wypisany w stanie dobrym, bez dolegliwości.

V. *Ulcus curvaturae minoris ventriculi perforatum.*

Chory W. H., lat 32, przybył dnia 2. XII. 1938 r. w stanie bardzo ciężkim, ze źle wyczuwalnym tętnem, z sinicą kończyn, twarzy, z językiem suchym, z brzuchem twardym, deskowato napiętym; stłumienia wątrobowego nie stwierdzało się, chory na pytania nie odpowiadał; żona jego podała, że choruje on od kilku lat, leczy się u internistów i dziś właśnie wraca do domu od lekarza z nowymi proszkami i lekami, jednak w drodze, po odjechaniu kilkunastu kilometrów od Baranowicz dostał nagle bardzo silnych bólów brzucha i wymiotów, co zmusiło go zwrócić się o pomoc do szpitala. U chorego rozpoznaliśmy przedziurawiony wrzód żołądka. Operacja była dokonana w 12 godzin od chwili przedziurawienia. Operator dr Achmatowicz. Cięcie równoległe do prawego łuku żebrowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdza się ropny płyn w dużej ilości w wolnej jamie brzusznej. Na krzywiźnie małej żołądka położony jest przedziurawiony modzelowaty wrzód żołądka, drążący do głowy trzustki. Otwór przedziurawienia wielkości dwuzłotówki. Wycięto połowę żołądka metodą Hofmeister-Finsterera. Jamę brzuszną zamknięto na głucho. Chory zmarł w 10 godzin po operacji, nie wróciwszy do przytomności.

W dyskusji dr Rosset zapytuje, jakie były wskazania do zabiegu operacyjnego i opowiada o jednym wypadku przez niego sekcjonowanym, gdzie stwierdzono w czasie sekcji kilkanaście owrzodzeń śluzówki i jeden wrzód drążący do płata wątroby. Uważa on, że leczenie operacyjne nie zawsze daje dobre wyniki i że tacy chorzy po operacji wracają do internisty.

Dr Achmatowicz podkreśla, że wskazaniem do operacji w tych wypadkach były klasyczne objawy przedziurawienia. U czterech chorych były typowe wywiady, wskazujące na wrzód, u jednego natomiast dolegliwości żołądkowe w postaci odbijania i zgagi zjawiły się przed czterema dniami, a w czasie operacji u tego chorego stwierdzono modzelowaty stary wrzód dwunastnicy. Wypadek ten dowodzi, że są wrzody o przebiegu utajonym; pierwszym objawem w tych razach może być przedziurawienie. Analizując przebieg choroby wrzodu żołądka i dwunastnicy przychodzi się do wniosku, że choroba wrzodu niesłusznie należy do zakresu leczniczego internisty. Należy to archaiczne zapatrywanie zmienić w tym sensie, aby wrzód żołądka lub dwunastnicy od początku był leczony przez chirurgów, którzy najlepiej będą wiedzieć, kiedy chorego trzeba będzie poddać operacji. Doświadczenie wykazuje, że chorych na wrzód należy leczyć na początku zachowawczo i jeżeli to leczenie w ciągu $^{1}/_{2}$—1 roku nie daje wyników, to takich chorych należy poddawać operacji, gdyż wrzody takie stają się modzelowate, wrastają w otoczenie, ulegają przedziurawieniom, rakowemu zwyrodnieniu i mogą dawać duże krwawienia. Co się tyczy wrzodów przedziurawionych jest on zwolennikiem operacji radykalnej, czyli wycięcia wrzodu, odźwiernika i części przyodźwiernikowej żołądka. Jak widać z zestawienia tych pięciu przypadków, wyniki operacyjne są dobre, było 80% wyzdrowień.

VI. *Ulcus curvaturae minoris ventriculi haemorrhagicum.*

Chory W. H., lat 32, przybył dnia 20. XII. 1938 r. Podaje, że od trzech lat leczy się z powodu silnych bólów w nadbrzuszu, występujących po jedzeniu. Do bólów dołączyły się zgaga, odbijanie kwaśne, ostatnio zjawiły się krwawe wymioty i stolce czarne, jak dziegieć. Chory jest silnie osłabiony. Stan obecny: ciepłota ciała 38,5°. Tętno przyśpieszone, miękkie, powłoki blade z żółtawym odcieniem, chory jest bardzo wychudzony; w płucach i sercu brak zmian. Brzuch miękki, przy obmacywaniu nadbrzusze bolesne. Zastosowano leczenie zachowawcze aż do spadku ciepłoty. Dnia 31. XII. 1938 r. w uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono modzelowaty wrzód krzywizny małej. Dokonano wycięcia odźwiernika i trzeciej części żołądka łącznie z wrzodem metodą Reichel-Polya. Powłoki zeszyto na głucho. Operator dr Achmatowicz. Przebieg pooperacyjny gładki.

Dnia 22. I. 1939 r. chory wypisany w stanie dobrym.

VII. *Dur brzuszny. Pęknięcie jelita cienkiego.*

Chory L. P., lat 42. Przybył dnia 14. I. 1939 r. ze skargami na bóle głowy, szum w uszach, przytępienie słuchu, bóle brzucha przeważnie w lewym podżebrzu. Gorączka do 39°. Choruje od 11 dni, stolce zaparte. Stan obecny: ciepłota 38,5°, tętno 70 na min., napięte; budowa prawidłowa, odżywienie dobre, język obłożony, suchawy, brzegi zaczerwienione, w płucach i sercu zmian brak. W okolicy nadbrzusza stwierdza się różowe plamki, znikające pod naciskiem. Brzuch wysklepiony prawidłowo, obmacywaniem stwierdza się bolesność przeważnie w podbrzuszu prawym. Śledziona powiększona, wystaje spod łuku żebrowego. Odczyn Widala dodatni: 1:200.

Dnia 21. I. 1939 r. chory dostał nagle silnych bólów brzucha. Powłoki brzuszne napięte, stłumienie wątrobowe zmniejszone, wymioty, zatrzymanie wiatrów, tętno 100 na min. Na operację nie zgodził się. Dnia 22. I. stan chorego cięższy. Po uzyskaniu zgody na operację, w uśpieniu eterowym cięciem w linii środkowej poniżej pępka otwarto jamę brzuszną i stwierdzono: wysięk ropiasty z domieszką płynnego kału. Gruczoły krezki jelita cienkiego znacznie powiększone. W odległości 30 cm od zastawki Bauhina w jelicie cienkim stwierdzono otwór wielkości ziarnka grochu, z którego wydobywała się treść jelitowa. Otwór ten zeszyto. Ponadto w ścianie jelita cienkiego stwierdzono kilka miejsc o zabarwieniu martwiczym. Powłoki zeszyto na głucho (operator dr Achmatowicz). Chory otrzymał dożylnie 20 cm³ peritosanu. Dnia 23. I. zgon przy objawach postępującego zapalenia otrzewnej.

VIII. *Przypadek kamicy żółciowej.*

Chora E. H., lat 44. Przybyła do szpitala dnia 4. I. 1939 r. ze skargami na ataki bólów w prawym podżebrzu, promieniujące ku grzbietowi i łopatce. Choruje od 4 lat. Stan obecny: ciepłota 37,3°, budowa prawidłowa, płuca i serce bez zmian. Obmacywaniem brzucha stwierdza się lekkie napięcie powłok w nadbrzuszu prawym oraz bolesność okolicy pęcherzyka żółciowego, który nie jest macalny.

Dnia 5. I. 1939 r. w uśpieniu eterowym cięciem równoległym do łuku żebrowego prawego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono liczne zrosty sieci z pęcherzykiem żółciowym, zrosty zwolniono, pęcherzyk wycięto, ranę operacyjną zaszyto na głucho. Kontrola dróg żółciowych nie wykazała obecności kamieni. Pęcherzyk żółciowy zawierał jeden kamień. Operator dr Achmatowicz. Przebieg pooperacyjny gładki. Dnia 25. I. 1939 r. chora wypisana na własne żądanie, z zagojoną raną.

IX. *Kamica pęcherzyka żółciowego, kamień przewodu żółciowego wspólnego, przewlekła żółtaczka.*

Chora Z. M., lat 42. Przybyła do szpitala dnia 21. I. 1939 r. ze skargami na ataki bólów w prawym podżebrzu, promieniujące w kierunku łopatki i karku, trwające od dłuższego czasu, ostatnio coraz częściej się powtarzające. Chora ma żółtaczkę i odbarwione stolce, stan ten trwa już od kilku miesięcy. Stan obecny: budowa prawidłowa, powłoki zabarwione na brudnożółty kolor, w płucach i w sercu brak zmian. Obmacywaniem brzucha stwierdza się napięcie powłok i bolesność w prawym podżebrzu. Dnia 31. I. 1939 r. w uśpieniu eterowym cięciem równoległym do łuku żebrowego prawego otwarto jamę brzuszną, stwierdzono pęcherzyk przekrwiony, w zrostach z otoczeniem, ściana pęcherzyka obkurczona, gruba. W pęcherzyku żółciowym znajduje się duży kamień, drugi kamień znajduje się w przewodzie żółciowym wspólnym w pobliżu brodawki Vatera. Pę-

cherzyk usunięto; przewód pęcherzykowy był nieco zgrubiały, światło jego nie szersze, niż grubość zapałki. Kamień w przewodzie żółciowym wspólnym był wielkości dużej fasoli, nacięto więc przewód żółciowy wspólny i przez ten otwór kamień usunięto. Zgłębnikowanie przewodów: żółciowego wspólnego oraz wątrobowego prawego i lewego obecności kamieni nie wykazało. Ze względu na długo trwającą żółtaczkę i kilkakrotne zakażenie dróg żółciowych, które chora przechodziła, oraz stan podgorączkowy, założono drenaż przewodu pęcherzykowego wspólnego oraz obok niego wprowadzono niewielki sączek. Jamę brzuszną zamknięto (operator dr A c h m a t o w i c z).

W kilka dni po operacji dren gumowy wypadł i obecnie żółć wydziela się przez przetokę. Stan chorej jest dobry.

X. *Pericholecystitis adhaesiva chronica.*

Chory J. B., lat 30, przybył dnia 23. I. 1939 r. ze skargami na kwaśne odbijanie, zgagę oraz bóle w nadbrzuszu o okresowym natężeniu i trwające od kilku miesięcy. Przed paru dniami zjawił się silny ból, opasujący prawe i lewe podżebrze. Stan obecny: ciepłota prawidłowa, budowa prawidłowa, w płucach i w sercu brak zmian. Obmacywaniem stwierdza się bolesność w nadbrzuszu i podżebrzu prawym.

Dnia 25. I. 1939 r. Operator dr A c h m a t o w i c z. W uśpieniu eterowym, cięciem równoległym do łuku żebrowego prawego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono liczne zrosty pęcherzyka żółciowego z siecią, zrosty zwolniono, pęcherzyk żółciowy usunięto, choć nie zawierał kamieni. Dokładna kontrola jamy brzusznej zmian chorobowych w żołądku, dwunastnicy, trzustce i wyrostku robaczkowym nie wykazała. Jamę brzuszną zamknięto na głucho. Przebieg pooperacyjny gładki, na 11. dzień po operacji chory wypisał się w stanie dobrym.

W dyskusji kol. A c h m a t o w i c z podkreśla przede wszystkim tę okoliczność, że mamy do czynienia z trzema postaciami kamicy żółciowej o natężeniu lekkim, ciężkim i bardzo ciężkim. W jednym wypadku mieliśmy do czynienia z chorym, u którego widzieliśmy typowe ataki kamicy żółciowej, jednak w czasie operacji kamieni ani w pęcherzyku żółciowym, ani w drogach żółciowych nie stwierdziliśmy. Była to więc klinicznie rzekoma kamica pęcherzykowa, jednak w tym wypadku usunięcie pęcherzyka żółciowego było wskazane. W drugim wypadku kamień był w pęcherzyku żółciowym wielkości dużego bobu, chropawy, jednak typowych ataków kamicy żółciowej chora przedtem nie miała, i lekarze, u których się leczyła nie rozpoznawali u niej kamicy żółciowej. W trzecim przypadku mieliśmy do czynienia z kamicą żółciową bardzo daleko posuniętą, gdyż kamień z pęcherzyka żółciowego przedostał się przez przewód pęcherzykowy do przewodu żółciowego wspólnego i utkwił w nim, nie mogąc przejść przez brodawkę Vatera. Wywołało to przewlekłą żółtaczkę. Dowodem tego, że usunięty kamień z przewodu żółciowego wspólnego był przedtem usadowiony w pęcherzyku żółciowym i że przedostał się przez wąski przewód pęcherzykowy, jest ta okoliczność, że oba kamienie są wielkości dużego orzecha laskowego i posiadają po trzy powierzchnie szlifowane od wzajemnego tarcia się, które odbywało się w pęcherzyku żółciowym. Postępowanie operacyjne w tym wypadku było odmienne od postępowania w poprzednich przypadkach, ze względu na zakażenie dróg żółciowych.

XI. *Carcinoma colonis descendentis invaginatum.*

Chora M. A., lat 32, podaje, że kilka tygodni temu dostała nagle bólów w lewej połowie brzucha, zjawiły się krwawe i częste stolce. Chora sama wymacała guz w lewym podżebrzu, bólom towarzyszyły wymioty, zaczęła chudnąć. Oddawanie moczu i miesiączkowanie prawidłowe. W rodzinie trzykrotny rak. Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, w płucach i sercu brak zmian. Brzuch wysklepiony prawidłowo, poniżej lewego podżebrza stwierdza się guz wielkości pięści, ruchomy, nierówny, nieco bolesny i twardy. Obmacywaniem innym razem wykazywało się zmienność położenia guza. Chromocystoskopia zmian nie wykazała. Dnia 19. I. 1939 r. w uśpieniu eterowym (operator dr A c h m a t o w i c z), cięciem pararektalnym lewym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono na kiszce zstępującej guz wielkości pięści, nierówny, twardy, wgłobiony do odcinka obwodowego kiszki, gruczoły krezkowe powiększone, twarde. Guz wraz z powiększonymi gruczołami wycięto. Zespolono koniec z końcem. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rychłozrost. Wycinek guza zbadany w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. w Krakowie wykazał *adenocarcinoma cylindrocellulare.*

Dnia 3. II. chora wypisana z zaleceniem stosowania rentgenoterapii.

XII. *Sarcoma humeri dextri.*

Chora Z. P., lat 27, po raz pierwszy zjawiła się w szpitalu we wrześniu 1937 r. z powodu guza ramienia prawego; badanie mikroskopowe wycinka, dokonane w Zakładzie Anatomii Patologicznej w Wilnie przez dr S u m o r o k a, wykazało *chondromyxoma osteoides.* Na zaproponowaną wówczas amputację chora nie zgodziła się i leczyła się naświetlaniami Roentgena, jednak bez skutku. Dnia 19. I. 1939 r. chora zjawiła się ponownie, gdyż guz zaczął się gwałtownie zwiększać i obecnie zajmuje prawie całe ramię, rozpoczynając od łokcia ku górze. Mięsień naramienny i staw barkowy są wolne. Chora ma bardzo silne bóle ramienia, jest wycieńczona, blada. W płucach, sercu, narządach wewnętrznych zmian patologicznych i przerzutów nie stwierdza się, stan podgorączkowy. Prawe ramię wrzecionowato rozdęte, skóra napięta, w skórze liczne rozszerzone naczynia. Dnia 21. I. w uśpieniu eterowym wykonano wyłuszczenie w stawie barkowym prawym (operator dr A c h m a t o w i c z). Przebieg pooperacyjny gładki.

Dyskusja. Kol. A c h m a t o w i c z podkreśla bezskuteczność leczenia naświetlaniami Roentgena, co się tyczy techniki operacyjnej wyłuszczenia w stawie barkowym, to jest zwolennikiem uprzedniego podwiązania tętnicy pachowej powyżej odejścia tętnicy okalającej łopatkę, albowiem wtedy nie ma żadnego krwawienia tętniczego, a przy podwiązaniu i żyły w dole Morenheima, nie ma także krwawienia żylnego.

XIII. *Peritonitis purulenta incapsulata cavi Douglasi fistulosa.*

Chora G. Z., lat 18, była operowana w tutejszym szpitalu z powodu ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, które przebiło do jamy brzusznej, powikłanego ropnym rozlanym zapaleniem otrzewnej. Operacja była wykonana dnia 19. X. 1937 r. Po operacji powstała przetoka kałowa, która po 4-miesięcznym leczeniu zachowawczym została zamknięta operacyjnie (dnia 4. II.). Wykonano wówczas zespolenie jelita biodrowego z poprzecznicą, bok do boku, poniżej tego zespolenia jelito biodrowe było przecięte i kikuty zamknięto na głucho. Po tej operacji przetoka kałowa wkrótce się zamknęła. Chora znacznie utyła, przybrała sił, nie gorączkowała, miała dobry apetyt, jednak zamiast przetoki kałowej zaczęła tworzyć się przetoka ropna. Ponadto chora przestała miesiączkować. Ostatnimi czasy przetoka to zamykała się, to znów się otwierała, chora pracowała, czuła się dobrze. Dnia 23. I. 1939 r. przybyła ponownie do szpitala. Stwierdziliśmy wówczas u niej bardzo niewielką przetokę w miejscu blizny pooperacyjnej, z bardzo skąpą wydzieliną i dość znaczną przepuklinę pooperacyjną. Badanie palcem przez odbytnicę zmian patologicznych w miednicy małej i narządach rodnych nie wykazało. Dnia 27. I. 1939 r. w uśpieniu eterowym (operator dr A c h m a t o w i c z) cięciem pararektalnym prawym, okalającym bliznę pooperacyjną, otwarto jamę brzuszną i stwierdzono, że przetoka grubości piątego palca, sięga w głąb w kierunku jamy Douglasa, gdzie stwierdzono na lewo od macicy, między pętlami jelit a lewym szerokim więzadłem dwa duże ropnie z bardzo cuchnącą, gęstą ropą. Ropnie wysuszono, przemyto eterem, po czym wlano 20 cm³ peritosanu. Jamę brzuszną zamknięto na głucho, wykonując klasyczne zamknięcie przepukliny pooperacyjnej. Do dolnego bieguna rany pod skórę wprowadzono niewielki dren gumowy, który w drugim dniu po operacji usunięto. Przebieg pooperacyjny gładki. Rychłozrost.

W dyskusji kol. A c h m a t o w i c z podkreśla, że pomimo istnienia dwóch dużych ropni między pętlami jelit chora tyje, pracuje, nie gorączkuje. W danym wypadku stosowano jednocześnie wysuszenie ropni, toaletę za pomocą mycia eterem i wlewanie peritosanu do jamy ropni z wynikiem bardzo dobrym. Jednak peritosan nie zawsze daje tak dobre wyniki, gdyż w przypadku z pęknięciem jelita cienkiego w przebiegu duru brzusznego, pomimo stosowania peritosanu nawet dożylnie, nastąpił zgon.

XIV. *Adenoma prostatae recidivans. Calculi vesicae urinariae.*

Chory A. M., lat 73, przybył dnia 7. I. 1939 r. i podaje, że 4 lata temu był operowany z powodu przerostu stercza. Usunięto mu wówczas stercz. Przez cały czas czuł się dobrze; przed trzema miesiącami zaczął odczuwać bóle pęcherza, mocz oddawał często i z trudem, a ostatnio nastąpiło zatrzymanie moczu. Cystoskopia nie udała się z powodu krwawienia.

Dnia 24. I. 1939 r. w uśpieniu eterowym, cięciem nadłonowym otwarto pęcherz, wydobyto dwa kamienie i stwierdzono dwa gruczolaki w szyi pęcherza, położone podśluzówkowo, które usunięto (operator dr A c h m a t o w i c z). Łożysko po usuniętych gruczolakach sączkowano. Przebieg pooperacyjny dobry.

W dyskusji kol. A c h m a t o w i c z uważa, że w danym wypadku sprzyjały powstaniu kamieni dwa gruczolaki, położone

przy samym ujściu wewnętrznym cewki moczowej, które utrudniały odpływ moczu.

Omawianie chorych było uzupełniane pokazami preparatów i kamieni usuniętych w czasie operacji.

Kol. Rosset *omawia pokrótce przypadek splenomegalii i uważa go jako trzeci okres choroby Bantiego.*

Kol. Hulecki *omawia przypadek psychozy okresu porodowego.*

Położnica S. B., lat 25, mężatka, nauczycielka. Rozpoznanie: poród siłami natury; powikłania: pogrypowe odoskrzelowe zapalenie płuc, psychoza połogowa.

Wywiad: ciąża I miała przebieg prawidłowy. Chorób zakaźnych i wenerycznych nie przechodziła. Od tygodnia chora na grypę — stan podgorączkowy, kaszel. Poza tym wywiad bez znaczenia. Stan obecny: płuca — zmiany odpowiadające nieżytowi oskrzeli. Pozostałe narządy bez zmian. Badanie położnicze: miednica prawidłowa, położenie płodu czaszkowe I, główka ustalona we wchodzie. Przebieg porodu (15. II. 1939 r.) prawidłowy. Dziecko płci żeńskiej, żywe, donoszone. Macica obkurczona, nie krwawi. Połóg: narządy rodne bez zmian. U położnicy zniechęcenie i depresja z powodu urodzenia córki. Objawy ze strony płuc nasiliły się — *bronchopneumonia postgripposa.* Od 1.—4. dnia połogu ciepłota 38—39°, bóle głowy, pobudzenie psychomotoryczne, omamy, urojenia ksobne; 5.—8. dzień połogu: ciepłota 37,4°, depresja. 9.—10. dzień połogu: ciepłota 39°, pogorszenie się znowu stanu psychicznego — natręctwa myślowe, werbigeracja, urojenia ksobne, pobudzenie psychomotoryczne wzrosło, samooskarżanie się, nie chce zabiegów, nie przyjmuje leków. 12.—14. dzień połogu: ciepłota normalna. Objawy psychiczne utrzymują się, chora modli się, pobudzenie psychomotoryczne ustąpiło bezruchowi i apatii. 15.—16. dzień połogu: ciepłota 40°, stan psychiczny chorej poprawił się, bóle głowy znikły. 16.—21. dzień połogu: ciepłota opadła krytycznie do normy, zaburzenia psychiczne ustąpiły zupełnie. Chora osłabiona, poci się, narządy wewnętrzne i rodne bez zmian. Chorą wypisano dnia 6 lutego 1939 roku w stanie dobrym z dzieckiem żywym i zdrowym (przez cały czas choroby położnica karmiła dziecko).

Przypadek przedstawiony w świetle dostępnego piśmiennictwa:

według starych statystyk psychozy połogowe występują 1:616 porodów,

według nowszych statystyk szpitalnych 1:1100 porodów,

według czasu występowania: psychozy ciążowe (3–7% wszystkich psychoz)),

psychozy połogowe, występujące w I–II tygodniu połogu (80%),

psychozy laktacyjne, występujące po II tyg. połogu (10—15%).

Podział etiologiczny (wg Olshausena) psychoz połogowych.

Psychozy samoistne 20%, psychozy na tle zakażenia połogowego 30%.

Psychozy intoksykacyjne 50%.

Żadna z tych grup nie różni się niczym charakterystycznym pod względem zaburzeń psychicznych. Zejście najlepsze jest w psychozach samoistnych (50% wraca do zdrowia); gorsze w psychozach intoksykacyjnych (zaburzenia organiczne) i najgorsze w psychozach na tle zakażenia połogowego (5—10% śmierci, 20—40% do zdrowia nie wraca).

W dyskusji dr Achmatowicz i dr Malkiewicz zaznaczyli, iż psychozy połogowe na tutejszym terenie i wśród połogowych szpitalnych zdarzają się daleko częściej, bo 1:350; dr Łopatto tłumaczy częstsze występowanie psychoz połogowych na kresach wielką ilością zakażeń połogowych, a to wskutek odbywania porodów (90%) w domu pod opieką „babek".

Wysoki procent psychoz połogowych w szpitalach tutejszych tłumaczy się dostarczaniem do szpitali przypadków już powikłanych i prawie zawsze zakażonych przez wspomniane babki.

Ludność miejscowa pojmuje szpital jako luksus lub *ultimum refugium.*

Listy do redakcji

Umieszczona w nr 9 Pol. Gaz. Lek. przez prof. Orłowskiego ocena mojej książki: „Diagnostyka i terapia chorób serca" skłania mnie do podania kilku wyjaśnień jako odpowiedzi.

Zarzut, że wedle podanego przeze mnie wykazu źródeł oparłem się przeważnie na pracach obcej literatury, przytaczając jedynie 10 polskich autorów (wśród podanych w innych językach znalazłby prof. Orłowski także polskich autorów, gdyż np. wybitny uczony prof. Franke jest uczonym polskim) i że dlatego „podręcznik mój nie jest podręcznikiem polskim, lecz jedynie napisanym po polsku", uważam za nieuzasadniony.

Zdaniem moim, można mówić o polskiej muzyce, polskiej sztuce, polskiej beletrystyce, polskim prawie itp., ale nie o polskim podręczniku diagnostyki i terapii chorób, gdyż treść jego, stanowiąca jedną z dziedzin biologii, zawiera w sobie zasadniczą jednolitość zjawisk na całym świecie. Podręcznik taki będzie więc zawsze tylko podręcznikiem pisanym w danym języku, ale nie będzie nigdy podręcznikiem polskim, francuskim czy niemieckim.

A poza tym, jeżeli prof. Orłowski czyni mi zarzut, że przytaczam przeważnie jako źródła literaturę obcą, to stwierdza, że i w jego podręczniku chorób serca (Warszawa, 1933), mimo iż zastrzega się we wstępie, że przytaczając polskich autorów czyni dla nich wyjątek, wymienia tych ostatnich 48, obcych natomiast 90!

Zważywszy, że książka prof. Orłowskiego jest o blisko 200 stron obszerniejszą od mojej i że najprawdopodobniej nie wszystkie podane w niej szczegóły są owocem jego „własnego doświadczenia", trudno mi nie przyjąć, że cyfra obcych autorów potroiłaby się, gdyby prof. Orłowski wymienił był autorów, na których pracach się oparł, a których pominął.

Przechodząc do zarzutu słownictwa lekarskiego, podzielam w zupełności zdanie prof. Orłowskiego, że od polskiego podręcznika wymaga się, aby uwzględniał słownictwo polskie. Niestety, oprócz słownika Giedroycia, w którym nie znalazłem potrzebnych mi wyrazów, nie istnieje — o ile mi wiadomo — nic, co ułatwiłoby autorowi pracę w tej mierze.

Jak zaś przesiąknięci jesteśmy obcymi wpływami wystarczy na dowód przeczytać wspomnianą ocenę prof. Orłowskiego, który walcząc o czystość języka polskiego w moim podręczniku, sam używa stale germanizmów, jak termin: terminologia, mimo że można użyć w ich miejsce nazw polskich.

Co zaś do powiedzenia prof. Orłowskiego, że styl mój pozostaje pod przemożnym wpływem niemieckim, to jakkolwiek wysoce cenię prof. Orłowskiego jako uczonego, mam po przeczytaniu wstępnego słowa do jego dzieł uzasadnione prawo wątpić w arbitralność jego pod względem językowym.

Przechodząc z kolei do zarzutów, dotyczących naukowej strony faktów, nie mogę pominąć milczeniem ataku na wyrażony przeze mnie pogląd, że „w kiłowej niedomykalności ujścia tętnicy głównej przychodzi do przerostu lewej komory, nieraz bardzo znacznego". Wbrew temu twierdzi prof. Orłowski, że „przerost lewej komory jest tu istotnie nieznaczny".

Podany na str. 163 ortodiagram wykazuje silny przerost lewej komory u osobnika, u którego nie można było, poza przebytą kiłą, wykazać innej przyczyny dla jego powstania. Takich przykładów mógłbym przytoczyć kilka.

W rozdziale: „*Die Syphilis der Kreislauforgane*" (Kraus-Brugsch: *Spez. Path. u. Ther.* T. IV, str. 865) pisze Arnoldi: „*Diese erhöhte Arbeitsleistung* (ma na myśli odwrót krwi) *bedingt eine starke Herzhypertrophie, besonders des linken Ventrikels*".

Przeglądając tablice, zestawiające wyniki autopsji i rozpoznań klinicznych u Henschena *(Diagnostik u. Klinik...)* stwierdza się ten sam fakt, a Lewis pisze w swoim podręczniku chorób serca (str. 195): „*Herzhypertrophie ist bei syphylitischer Mesaortitis die Regel. Sie ist hervorstehend in Fällen, die eine beträchtliche Aorteninsuffizienz haben und betrifft dann die linke Kammer im allgemeinen mehr als die rechte*".

Obok cofania się krwi, przyczynia się do tego przerostu, moim zdaniem, skurcz sieci naczyń włoskowatych na obwodzie, przychodzący — jak to wykazał Nauyn — zwykle jako odruchowe zjawisko w następstwie zniszczenia zastawek półksiężycowych.

W dalszym ciągu pisze prof. Orłowski tak: „Autor sądzi, że upośledzenie ukrwienia mięśnia sercowego z powodu zwężenia tętnic wieńcowych serca prowadzi do przerostu, dochodzącego nieraz do znacznych rozmiarów, tymczasem dla powstania przerostu serca, zwłaszcza dużego, niezbędne jest dobre odżywienie serca, a więc dobre ukrwienie".

Pomijając fakt, że prof. Orłowski skrócił ustęp, wypuszczając należące doń dalsze zdanie: „Następowe zmiany strukturalne w mięśniu przy często w starszym wieku podniesionym ciśnieniu krwi (miażdżyca nerek) prowadzą do przerostu", przytoczę dla poparcia swego poglądu słowa powagi naukowej tej miary co Krehl, który w dziele: *Pathologische Physiologie* pisze na str. 382: „*Danach kommt die Hypertrophie nicht nur*

als Folge vergröserter Arbeit, sondern auch als solche krankhafter geweblicher Vorgänge vor, wie z. B. entzündlicher Processe. Ich halte solche Gedanken für berechtigt und möchte empfehlen, sich ihnen wieder zuzuwenden".

Zwrócony przeciwko mnie zarzut, iż mylnie przedstawiłem objaw Olliver-Cardarrelliego, dostał się przypadkowo pod adresem wielkiego klinicysty angielskiego i kardiologa Lewisa, gdyż podałem go zgodnie i dokładnie według niego (str. 382), a także wedle Sahlego (*Lehrb. d. klin. Unters*. Str. 401).

Co do zarzutu, jakobym twierdził, że migotanie przedsionków jest to stan porażenny, przytaczam słowa moje na str. 117: „Migotanie przedsionków polega na minimalnych skurczach czy oscylacjach przedsionków o częstości 300—600 na minutę. Praktycznie biorąc, jest to jak gdyby stan porażenny, jakby trwały stan rozkurczowy".

Co do twierdzenia prof. Orłowskiego, że zamiast mówić o niewydolności krążenia mówię o niewydolności serca zaznaczam, że pojęcia: niewydolność krążenia" używam tam, gdzie mam na myśli załamania się układu naczyniowego jako zjawiska pierwotnego. O niewydolności serca natomiast mówię tam, gdzie niewydolność krążenia jest następstwem niewydolności serca, zgodnie zresztą z podziałem niektórych klinicystów angielskich, oznaczających ten okres jako niewydolność serca z oznakami *(sign.)*, w odróżnieniu od pierwszego okresu niewydolności serca, tj. niewydolności serca z objawami.

Jeżeli w dalszym ciągu swej oceny prof. Orłowski wspomina ogólnie, że mylnie przedstawiłem powstawanie szmerów wsierdziowych tudzież, że w rozdziale o anatomii i fizjopatologii trafiają się szczegóły „często niepoprawne co do terminologii a czasami co do treści", to myślę, iż chciał zaznaczyć przez to swój odmienny naukowy pogląd, wszystkie bowiem szczegóły, bez wyjątku, są oparte na najpoważniejszych źródłach naukowych.

Wobec ogólnikowego charakteru zarzutu, trudno mi nań odpowiedzieć.

Przytoczone przez prof. Orłowskiego zdanie „którego nie tylko student, ale nawet lekarz nie potrafi zrozumieć", powstało skutkiem w korekcie niezauważonego, a mylnego przesunięcia wyrazów. Brzmiąc bowiem niewłaściwie: Następstwem i wyrazem pewnej wzajemnej równowagi *regulującego* aparatu podnietę w węźle zatokowym..., miało brzmieć: Następstwem i wyrazem pewnej wzajemnej równowagi w aparacie *regulującym* podnietę w węźle zatokowym...

Stanowiący przedmiot zarzutu prof. Orłowskiego petit, którym wydrukowano dział terapii serca, podyktowany został zamiarem ograniczenia objętości książki, a tym samym możliwego obniżenia jej ceny.

Dodatkowa część natomiast powstała stąd, że skoro rozdziały główne omawiały czynniki, powodujące niewydolność serca, w dodatkowej części znalazły się te stany narządu krążenia, które przez swój charakter kliniczny zdawały się wymagać pewnego wyodrębnienia. Poza tym włączono tu rozdział o guzkowatym zapaleniu okołotętniczym już wówczas, kiedy druk poprzednich rozdziałów książki był gotowy.

Nie upieram się jednak przy tym; przez inne rozmieszczenie materiału należało może to wyodrębnienie ominąć.

Możliwość jednak tej czy innej zmiany nie jest niczym nieprzewidzianym podkreśliłem ją bowiem we wstępie do podręcznika.

Jeszcze kilka słów co do zarzutu w sprawie heroiny.

„W dziale lecznictwa — pisze prof. Orłowski — poleca autor na str. 122 chlorek heroiny, a więc lek, zabroniony przez Ligę Narodów".

Umiałbym się wczuć w oburzenie prof. Orłowskiego, gdybym nie wiedział, że heroina jest to patentowana nazwa dla diacetylmorphium hydrochloricum

Wyrabianą przez firmę, zdaje mi się „Roche", dwuacetylomorfinę, która w kilku przypadkach oddała mi dużą usługę tam, gdzie zawiodły inne środki, dostanie się zawsze w aptekach na przepis lekarski, naturalnie z zachowaniem tych zwykłych formalności, które stosuje się przy każdym środku narkotycznym.

Tak więc nie lek został zabroniony, lecz jedynie tylko nazwa patentowana, co sprzeciwia się twierdzeniu prof. Orłowskiego.

Co więcej, w najnowszej taryfie aptekarskiej polskiej figuruje heroina, jako odrębna pozycja obok diacetylmorfiny.

Witold Łuczyński.

Wiadomości bieżące

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Skład Zarządu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego na rok 1939. Przewodniczący: Kol. Domaszewicz Aleksander. Zastępca przewodniczącego: Kol. Steusing Zdzisław. Sekretarz stały: Kol. Jałowy Bolesław. Sekretarz doroczny: Kol. Rzucidło Ludwik. Przewodniczący Komisji Społ.-Lek.: Kol. Dżułyński Witołd. Przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej: Kol. Koskowski Włodzimierz Przewodniczący Komisji Redakcyjnej Polskiej Gazety Lekarskiej: Kol. Ziembicki Witold. Komisja redakcyjna: Kol. Dobrzański Antoni, Dobrzaniecki Władysław, Franke Marian, Gąsiorowski Napoleon, Koskowski Włodzimierz, Ostrowski Stanisław (dyr.), Ostrowski Tadeusz, Papierkowski Julian, Steusing Zdzisław, Zalewski Teofil. Rada Zawiadowcza Towarzystwa Lekarzy Polskich: Kol. Rencki Roman i Gąsiorowski Napoleon. Delegat do Komisji Rewizyjnej Lekarzy Polskich: Kol. Skrowaczewski Paweł. Delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. Lekarzy Polskich: Kol. Artwiński Eugeniusz, Bross Wiktor, Czeżowska Zofia, Dadlez Józef, Grek Jan, Gruca Adam, Jałowy Bolesław, Kmietowicz Franciszek, Królikiewicz Kazimierz, Markowski Józef, Zakrzewski Aleksander. Zastępcy: Kol. Czynciel Stanisław, Kotiers Zdzisław, Mądry Henryk, Pękalski Zbigniew, Tychowski Wiktor, Tyszka Kazimierz. Komisja Rewizyjna: Kol. Dąbrowski Józef i Kwiatkowski Stefan Łukasz.

W dniu 26. III. br. odbyło się posiedzenie Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny w nowym pomieszczeniu, które od kilku tygodni znajduje się w odnowionym i odpowiednio przystosowanym zabytkowym budynku U. J. przy ul. Kopernika 7. Odczyt wygłosił dr A. Krasuski z Warszawy pt.: „Walka z dżumą w Rzeczypospolitej w latach 1770—1793". Na posiedzenie przybyli między innymi prof. Wrzosek z Poznania i prof. Zembrzuski z Warszawy.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie obrało na rok 1939: prezesem prof. dra Waltera, wiceprezesem doc. dra Reissa, sekretarzem dorocznym dra Oszasta.

W dniach 15—20 maja 1939 r. odbędzie się w Rzymie IV Międzynarodowy Kongres Patologii Porównawczej. Zjazd obejmie 4 Sekcje: 1) Zarazki przesączalne: Referenci: Doerr, Haagen, Lépine, Petragnani, Stanley, Waldmann, Zironi. 2) Dziedziczność w patologii: Referenci: Caullery, Chiarugi, Crew, Hirszfeld, Mohr, Roessle, Timoféeff-Ressowsky. 3) Antygeny kombinowane: Referenci: Castellani, Lanfranchi, Marrack, Ramon, Tomcsik. 4) Procesy zwrotne u roślin: Referenci: Nemec, Petri, Quanjer. Przewodniczący Organizacyjnego Komitetu Polskiego: Prof. Julian Nowak, Kraków, Wyspiańskiego 4. Adres — Sekretariat Kongresu: Consiglio Nazionale della Richerche, Roma, Piazzale della Science.

Komunikaty

Skarbnik T-wa Lekarskiego Krakowskiego prosi, by członkowie T-wa, przesyłający opłaty pocztą wysyłali je albo przez P. K. O. Nr 413.989 albo pod adresem skarbnika, dra Adama Ackermanna, Kraków, Garncarska 1.

Redakcja otrzymała

P. Cristol: Précis de chimie biologique médicale. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1938. Cena: 100 fr.

E. Desomer: Electrocardiographie expérimentale. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1938. Cena: 60 fr.

R. Liège: 20 études pratiques de médecine infantile. Wyd. G. Doin, Paryż 1939. Cena: 60 fr.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

za granicą	zł 17.—
w kraju	zł 10.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.